

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Johtamiskorkeakoulu

**HOITOON HAKEUTUMINEN VAKUUTUSYHTIÖN  
KUMPPANIHOITOLAITOKSEEN LIIKENTEEN  
HENKILÖVAHINGOISSA**

Vakuutustiede  
Pro gradu- tutkielma  
Joulukuu 2015  
Tekijä: Tiina Solansuu

Ohjaaja:  
Lasse Koskinen

# TIIVISTELMÄ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Tampereen yliopisto   | Johtamiskorkeakoulu: vakuutustiede   |
| Tekijä:               | SOLANSUU, TIINA  |
| Tutkielman nimi:      | Hoitoon hakeutuminen vakuutusyhtiön kumppanihoitolaitokseen liikenteen henkilövahingoissa            |
| Pro gradu- tutkielma: | 84 sivua, 3 liitesivua   |
| Aika:                 | Joulukuu 2015  |
| Avainsanat:           | liikenteen henkilövahinko, hoitolaitoskumppani, kuluttajakäyttäytyminen, päätöksenteko, telematiikka |

---

Vakuutusyhtiöiden ja hoitolaitosten yhteistyö on tiivistynyt merkittävästi ja tämä on johtanut siihen, että vakuutusyhtiöt haluavat loukkaantuneet asiakkaansa hoitoon yhteistyökumppaneille. Julkisen sektorin rooli liikennevahingossa loukkaantuneiden hoidossa on kuitenkin yhä suuri ja vakuutusyhtiöt haluavat ohjata vahinkoa kärsineitä kumppaneille hoitoon tehokkaammin. Kumppanien käyttämisestä loukkaantuneen hoidossa hyöttyy sekä asiakas että vakuutusyhtiö. Kumppanihoitolaitosyhteistyötä on tutkittu ilmiön tuoreuden vuoksi hyvin vähän, joten tutkimukselle oli tarvetta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, että mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että loukkaantunut hakeutuu hoitoon kumppanille. Tekijät jaettiin kahteen eri osa-alueeseen: vakuutusyhtiön prosessin taustalla oleviin tekijöihin ja loukkaantuneen taustalla oleviin tekijöihin. Tämän lisäksi tutkittiin sitä, että kuinka suuri osa asiakkaista kävi hoidossa kumppanilla tutkimuksen kohteena olevassa yhtiössä. Tutkimus kohdentui liikennevahingossa loukkaantuneisiin ja heidän käyttäytymiseen.

Aihetta lähestytään liikenteen henkilökorvauksien ja kuluttajakäyttäytymisen teorioiden kautta. Liikenteen henkilökorvauksista ei ole olemassa akateemista teoreettista tutkimusta, mutta näkemys liikenteen henkilökorvausprosessin kulusta luotiin lainsäädännön kautta. Kuluttajakäyttäytymisestä tarkasteluun otettiin kuluttajan päätöksentekoon liittyvä teoreettinen tausta.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin tutkimuksen kohteena olevan yrityksen vahinkojärjestelmistä. Aineistoa analysoitiin ristiintaulukoinnin, khiin neliötestin ja logistisen regressioanalyysin avulla.

Tutkimuksessa todettiin, että liikenteen henkilökorvausasiakkaista suurin osa ei käynyt hoidossa kumppanilla. Jotta asiakkaat kävisivät enemmän hoidossa kumppanilla, vakuutusyhtiön tulisi pystyä tekemään ratkaisu henkilövahingon korvattavuudesta nopeammin ja oltava asiakkaaseen yhteydessä puhelimitse. Yhtenä vaihtoehtona nopeampiin ratkaisuihin olisi telematiikan hyödyntäminen. Tutkimuksessa todettiin myös, että mikäli asiakas oli hakenut tietoa hoitopaikasta vakuutusyhtiöstä, oli erittäin todennäköistä, että hän hakeutui hoitoon kumppanille. Myös iällä, asuinpaikalla ja vammojen vakavuudella oli vaikutusta asiakkaan hoitolaitosvalintaan.

# SISÄLLYSLUETTELO

|   |    |
|---|----|
| 1. JOHDANTO .....   | 5  |
| 1.1 Tutkielman aihealue.....                                | 5  |
| 1.2 Teoreettinen viitekehys .....                           | 7  |
| 1.3 Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tavoite .....           | 8  |
| 1.4 Keskeiset käsitteet ja rajaukset.....                   | 9  |
| 1.5 Tutkimusmenetelmä ja aineisto .....                     | 10 |
| 1.6 Tutkielman rakenne .....                                | 11 |
| 2 LIIKENTEEN HENKILÖKORVAUKSET .....                        | 13 |
| 2.1 Liikenteen henkilövahingon korvattavuus .....           | 13 |
| 2.1.1 Liikenteeseen käyttö.....                             | 13 |
| 2.1.2 Tuottamus ja ankara vastuu .....                      | 14 |
| 2.1.3 Korvauksen alentaminen .....                          | 15 |
| 2.1.4 Ensisijaiset lait .....                               | 16 |
| 2.1.5 Korvausratkaisun tekeminen .....                      | 17 |
| 2.2 Liikennevakuutuslain mukaiset korvaukset .....          | 17 |
| 2.2.1 Kiireellinen ja vähäinen sairaanhoito .....           | 17 |
| 2.2.2 Muiden hoitokulujen korvaaminen .....                 | 18 |
| 2.2.3 Vakuutusyhtiön oikeus valita hoitopaikka .....        | 19 |
| 2.2.4 Työkyvyttömyyden korvaaminen .....                    | 20 |
| 2.2.5 Vammojen luokittelu.....                              | 21 |
| 3 KULUTTAJAN PÄÄTÖKSENTEKO .....                            | 22 |
| 3.1 Näkökulmia päätöksentekoon .....                        | 22 |
| 3.1.1 Rationaalinen ja konstruktiivinen päätöksenteko ..... | 24 |
| 3.1.2 Kuluttaja muuttuvassa maailmassa .....                | 25 |
| 3.2 Päätöksentekoprosessi .....                             | 27 |
| 3.2.1 Ongelman havaitseminen .....                          | 27 |
| 3.2.2 Informaation etsiminen.....                           | 29 |
| 3.2.3 Vaihtoehtojen arvioiminen .....                       | 31 |
| 3.2.4 Päätöksen tekeminen .....                             | 32 |
| 3.2.5 Päätöksen arviointi.....                              | 34 |
| 3.3 Päätöksenteon taustalla vaikuttavat tekijät .....       | 35 |
| 3.3.1 Tuotteen tai palvelun merkityksen vaikutus .....      | 35 |
| 3.3.2 Ympäristötekijät.....                                 | 36 |
| 3.3.3 Persoonalliset tekijät .....                          | 37 |
| 4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO .....                       | 39 |

|   |    |
|---|----|
| 4.1 Empiirinen tutkimus .....   | 39 |
| 4.2 Tutkimusote.....  | 40 |
| 4.3 Tutkimusaineisto .....  | 41 |
| 4.4 Analyysimenetelmät .....  | 45 |
| 4.4.1 Ristiintaulukointi ja Khiin neliötesti .....                    | 45 |
| 4.4.2 Logistinen regressioanalyysi .....                              | 46 |
| 4.5 Luotettavuuden arviointi.....                                     | 47 |
| 4.5.1 Reliabiliteetti.....  | 47 |
| 4.5.2 Validiteetti .....  | 49 |
| 5 ANALYYSI.....   | 51 |
| 5.1 Aineiston kuvailu.....  | 51 |
| 5.1.1 Lääkärikäynnit .....  | 51 |
| 5.1.2 Asiointikanava .....  | 52 |
| 5.1.3 Ratkaisun tekemisen ajankohta.....                              | 53 |
| 5.1.4 Asiakkaan aktiivisuus.....                                      | 55 |
| 5.1.5 Asuinpaikka .....   | 56 |
| 5.1.6 Sukupuoli ja ikä .....  | 57 |
| 5.1.7 Vahingoittuneen asema liikennevahingossa .....                  | 58 |
| 5.1.8 Vammaluokka.....  | 59 |
| 5.2 Riippuvuussuhteiden analysointi.....                              | 61 |
| 5.2.1 Asiointikanavan merkitys .....                                  | 61 |
| 5.2.2 Ratkaisun tekemisen ajankohdan merkitys.....                    | 62 |
| 5.2.3 Asiakkaan aktiivisuuden merkitys .....                          | 64 |
| 5.2.4 Asuinpaikan merkitys.....                                       | 65 |
| 5.2.5 Sukupuolen ja iän merkitys .....                                | 67 |
| 5.2.6 Aseman merkitys.....  | 69 |
| 5.2.7 Vammaluokan merkitys.....                                       | 71 |
| 5.2.8 Logistinen regressioanalyysi .....                              | 72 |
| 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....                                    | 75 |
| 6.1 Teoreettisten lähtökohtien ja empiiristen tulosten vertailu ..... | 75 |
| 6.2 Johtopäätökset .....  | 77 |
| 6.3 Lopuksi .....   | 79 |
| KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELOT .....                                     | 81 |
| LÄHDELUETTELO.....  | 82 |
| LIITE 1: Aineistoon kerätyt muuttujat.....                            | 85 |
| LIITE 2 NUTS- aluejako.....   | 87 |

# 1. JOHDANTO

## 1.1 Tutkielman aihealue

Tutkielman taustalla on kumppanuussuhteita muuttava ilmiö vakuutusyhtiöiden ja hoitolaitosten välillä. Vakuutusyhtiöt ja hoitolaitokset ovat tiivistäneet yhteistyötä viimeisien vuosien aikana. Finanssipalvelut kohtaavat suuren ajatusmallin muutoksen. Yritysten täytyy siirtyä pois tuotekeskeisestä ajatusmaailmasta kohti palvelu- ja asiakaskeskeisyyttä. Finanssialalla yhtiöiden ja asiakkaiden roolit ovat muuttuneet. Nykyään ei riitä, että yhtiöt tarjoavat asiakkailleen pelkkiä tuotteita, kuten vakuutuksia tai lainoja. Asiakkaat tarvitsevat palveluita, jotka tukevat asiakkaiden arvon luontia arkipäiväisessä elämässä. (Puustinen, Saarijärvi ja Maas 2014) Yhtenä vastauksena tähän, vakuutusyhtiöt ovat alkaneet tiivistämään yhteistyötä yksityisten lääkäriasemien kanssa. Etenkin isot vakuutusyhtiöt ovat alkaneet kiinnittää enemmän huomiota potilaan saamaan hoitoon ja ohjaavatkin asiakkaitaan yhä aktiivisemmin valitsemiinsa hoitopaikkoihin. Vakuutusyhtiöt ovat alkaneet tarjota myös omia terveystalouksiaan, jossa pisimmälle on mennyt Pohjola, joka perusti oman ortopedisiin vammoihin erikoistuneen sairaalan Helsinkiin. Samalla Pohjola luopui suurimmasta osasta yhteistyökumppaneistaan. Myös LähiTapiola on tiivistänyt yhteistyötään Pihlajalinna- konsernin ja Diacorin kanssa omistussuhteiden kautta. Hoitolaitoskumppanuuksien tiivistämisen taustalla on se, että potilaat pääsisivät nopeammin hoitoon ja hoito olisi laadukkaampaa. (HS 13.2.2014) Tämä kehityssuunta näyttää jatkuvan, sillä Pohjola on ilmoittanut laajentavansa sairaalaverkostoaan myös muualle Suomeen.

Lakisääteisissä vakuutuslajeissa, kuten liikennevakuutuksessa, vakuutusyhtiöllä on oikeus valita se hoitolaitos, jossa henkilövahingon kärsinyttä asiakasta hoidetaan. Yhden liikennevahingon sattuminen voi johtaa useiden ihmisten loukkaantumisiin, esimerkiksi linja-auton ollessa vahingossa osallisena. Tällöin yksittäisen vahingon kustannus vakuutusyhtiölle on suuri, vaikka osalliset eivät olisikaan saaneet vakavia vammoja. Hoidon laatu ja sitä kautta työkyvyttömyyden keston lyhentymisen ovat vakuutusyhtiöille tärkeitä asioita, sillä lakisääteisissä lajeissa vakuutusyhtiö joutuu maksamaan korvausta myös työkyvyttömyysajalta (HS 13.2.2014). Myös julkisen hoidon laatua ja tehokkuutta on arvosteltu.

Nämä seikat ovat johtaneet siihen, että vakuutusyhtiöillä on yhä enemmän paineita saada asiakkaansa haluttuun hoitolaitokseen hoitoon. Ilmiö on kuitenkin suhteellisen tuore ja tämän takia ollaan vielä tilanteessa, jossa kaikkia asiakkaita ei saada hoitoon haluttuun paikkaan eli hoitolaitoskumppanuuksia ei hyödynnetä vielä tehokkaimmalla mahdollisella tavalla. Tämän tutkimuksen taustalla onkin ajatus siitä, että asiakkaita halutaan saada tehokkaammin ohjattua vakuutusyhtiön kumppanihoitolaitokseen.

Äkillisissä henkilöön kohdistuvissa tapaturmissa hoitoon mennään yleensä suoraan vahinkopaikalta eikä vakuutusyhtiöön olla yleensä yhteydessä ennen hoitoon menemistä. Liikennevahingoissa usein paikalle kutsutaan ambulanssi ja tällaisissa tapauksissa asiakas ei voi vaikuttaa itse siihen, mistä hän saa ensihoidon. Ambulanssi yleensä kuljettaa asiakkaan käytäntöjen mukaan julkisen sektorin hoidettavaksi. Vakuutusyhtiölle vahinko saattaa tulla tietoon vasta lääkärikäyntien jälkeen. Jos vammat kuitenkin vaativat jatkohoitoa, vakuutusyhtiöön saatetaan olla yhteydessä ja korvausprosessi lähtee liikkeelle. Etenkin liikennevahingoissa ensimmäinen kontakti voi viivästyä, sillä alussa saattaa olla epäselvyyttä siitä, mikä yhtiö korvaa vahingot ja kenen tulisi tehdä vahingosta vahinkoilmoitus. Korvausprosessin aikana vakuutusyhtiöllä on mahdollisuus ohjata asiakas jatkohoitoon valitsemalleen hoitolaitokselle.

Myös kuluttajan käyttäytymisen ja päätöksenteon taustalla on erilaisia vaikuttavia tekijöitä. Päätöksentekoprosessi ja muut vaikuttavat tekijät, kuten demograafiset ja maantieteelliset tekijät, vaikuttavat osaltaan siihen, miten kuluttaja valitsee hoitopaikkansa. Loppujen lopuksi kuitenkin kuluttaja on se, joka tekee lopullisen päätöksen siitä, mihin hoitolaitokseen hän hakeutuu hoitoon.

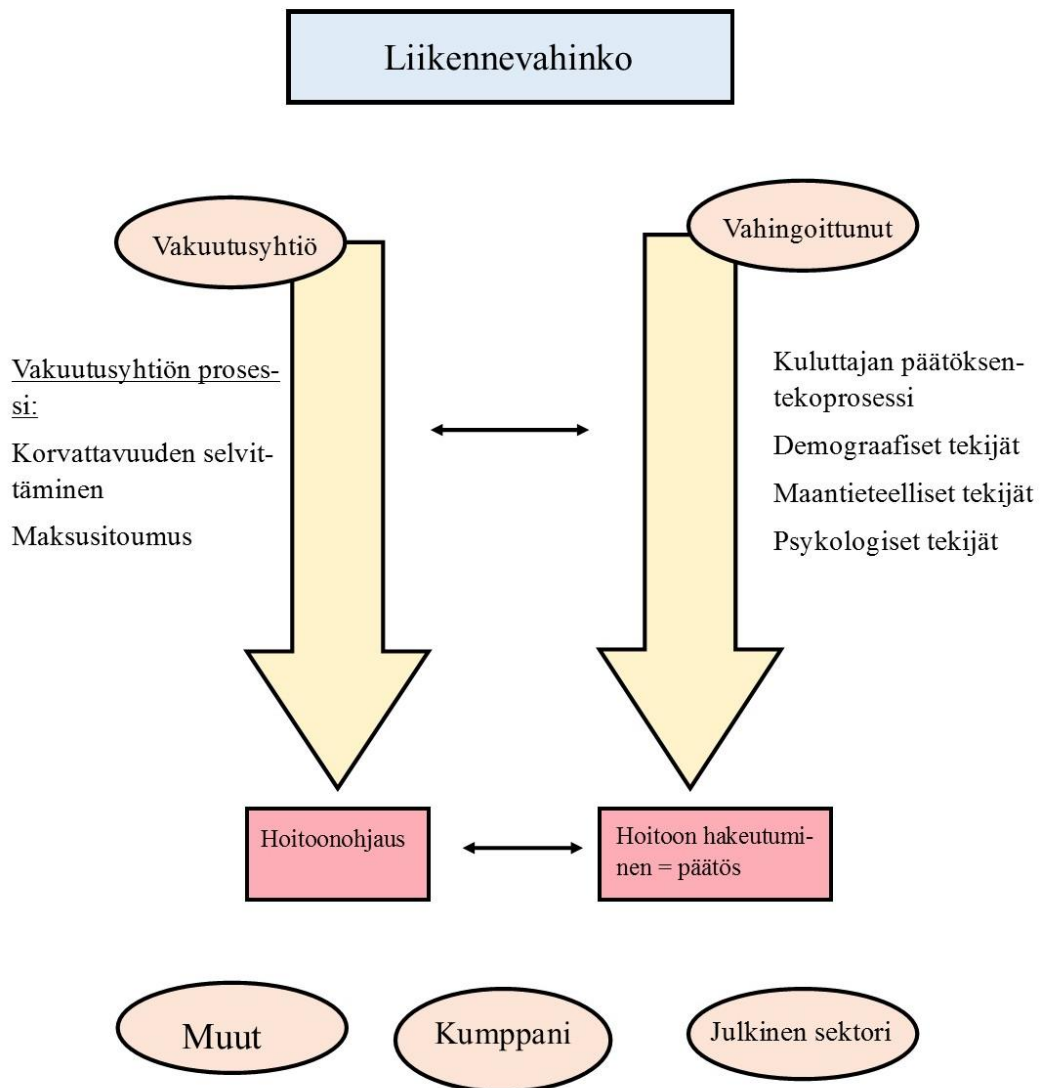
Liikennevakuutus eroaa vapaaehtoisista henkilövakuutuksista siten, että liikennevakuutuksesta korvauksia ei saa ainoastaan vakuutuksenottaja tai tietty määritelty vakuutuksen kohde. Korvauksensaajia ovat ne henkilöt, jotka ovat loukkaantuneet liikennevahingossa, jolloin korvauksensaaja ei välttämättä ole ollut yhtiön asiakkaana aiemmin. Liikennevakuutuksesta korvataan vahingoittuneelle esimerkiksi kaikki hoitokulut ja ansionmenetykset, jotka ovat syyseuraus- suhteessa liikennevahinkoon. Hoitoonohjauksen avulla asiakas saadaan vakuutusyhtiön haluamaan hoitolaitokseen hoitoon, minkä tarkoituksena on varmistaa vahingoittuneelle hyvä tehokas hoito ja sitä kautta esimerkiksi lyhentää työkyvyttömyysaikoja.

Liikenteen henkilökorvauksissa korvausprosessiin kuuluu monia eri vaiheita ja korvausprosessi saattaa kestää useita kymmeniä vuosia. Korvausprosessi lähtee kuitenkin aina liikkeelle vahingon haltuunottamisesta, korvausratkaisun tekemisestä ja koko vahinkotilanteen kartoittamisesta. Ideaalisessa tilanteessa vakuutusyhtiö voi vaikuttaa voimakkaasti vahingonkärsi-  
neen hoitopaikkaan etenkin vahingon käsittelyprosessin alkuvaiheessa, jolloin asiakas ei ole vielä ehtinyt aloittaa hoitoa muualla. Vakuutusyhtiön kannalta olisi ideaalista, jos kaikki hoitokulut muodostuisivat lääkärikäynneistä kumppaneilla ja muiden lääkärikeskusten ja julkisen sairaanhoidon osuus pienenesi minimiin. Yleinen harhaluulo on, että vakuutusyhtiö vaatii, että vahingonkärsinyt käy hoidossa julkisella sektorilla. Tämä voi johtua siitä, että julkinen sektori näyttäytyy asiakkaalle päin halvimpana vaihtoehtona. Todellisuudessa näin ei kuitenkaan ole, sillä liikennevahinkotilanteessa julkisen sairaanhoidon järjestäjällä on oikeus periä vakuutusyhtiöltä kustannukset todellisten kustannusten mukaan eli niin sanotut täky-osuudet, jotka ovat huomattavasti kalliimpia kuin yksityisen hoidon kustannukset. Kumppaneiden hyödyntämisestä hyötyy siis sekä asiakas paremman ja nopeamman hoidon myötä mutta myös vakuutusyhtiö.

Hoitolaitosyhteistyötä ei ole tutkittu kovin paljon, sillä ilmiö on vielä tuore. Henri Vehviläinen tutki omassa pro gradu- tutkielmassaan hoitolaitosyhteistyön hyötyjä kilpailullisena tekijänä. Tutkimus keskittyi tutkimaan OP- Pohjolan Omasairaalan toimintaa. Tutkimuksessa todettiin, että Omasairaalan hyödyntäminen johtaa kustannushyötyihin vakuutusyhtiön näkökulmasta. Myös asiakkaat saivat tutkimuksen mukaan laadukkaampaa ja oikealaisempaa hoitoa. (Vehviläinen 2015)

## **1.2 Teoreettinen viitekehys**

Tutkimuksen teoria koostuu kahdesta eri aihealueesta: vakuutusyhtiön toiminnan taustalla olevista tekijöistä ja kuluttajan toiminnan taustalla olevista tekijöistä. Kuviossa 1 esitetään teoreettisen viitekehysten syntyminen. Hoitolaitosvalinnan taustalla ovat sekä vakuutusyhtiön että vahingoittuneen eli kuluttajan prosessit, jotka vaikuttavat hoitoonohjauksen ja hoitoon hakeutumiseen.



Kuvio 1 Tutkielman viitekehys

### 1.3 Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, että minkälaisissa tilanteissa vahingonkärtsineet käyvät hoidossa hoitolaitoskumppanilla ja minkälaisissa tilanteissa asiakkaat eivät hakeudu hoitoon kumppanille. Taustalla on ajatus siitä, että vakuutusyhtiön tulisi saada ohjattua asiakkaitaan määrällisesti enemmän hoitolaitoskumppaneilleen. Tutkimuksen tavoitteena on saada dataa, jonka avulla vakuutusyhtiö pysyy kohdentamaan kehitystoimenpiteitään oikeisiin tilanteisiin.



Tarkoituksena on selvittää yhtiön nykytila hoitolaitoksessa tapahtuvaan hoitoon liittyen. Tutkimuksen aihealue jakaantuu kahteen eri osa-alueeseen: vakuutusyhtiön prosessiin ja vahingoittuneen prosessiin. Tutkimuskysymykset muotoutuvat seuraavan laisesti:

1. Kuinka suuri osa yhtiön liikennevahingon kärsineistä on käynyt kumppanihoitolaitoksessa?
2. Miten vakuutusyhtiö pystyy vaikuttamaan siihen, että meneekö vahingonkärsinyt hoitoon kumppanille?
3. Minkälaiset asiakkaat ovat menneet hoitoon kumppanille?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää nykytilanne kumppanikäyntien suhteen. Yhtiössä kerätään informaatiota kumppaniohjausten määristä, mutta nämä tilastot eivät kerro koko totuutta, sillä osa vahingoittuneista hakeutuu hoitoon kumppanille ilman ohjausta tai ohjausta ei ole merkitty järjestelmään.

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää mitkä vakuutusyhtiön prosessiin liittyvät tekijät vaikuttavat siihen, että onko vahingoittunut käynyt hoidossa kumppanilla. Esimerkiksi vallitseva käsitys on, että mikäli vakuutusyhtiö ottaa yhteyttä asiakkaaseen puhelimitse, on todennäköisempää, että asiakas käy hoidossa kumppanilla.

Kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää vahingonkärsineeseen liittyviä taustatekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, että asiakas hakeutuu hoitoon kumppanille.

## **1.4 Keskeiset käsitteet ja rajaukset**

Tutkimuksen kohteena on liikennevahingossa loukkaantuneet asiakkaat ja heidän käyttäytymisensä. Liikennevahingossa loukkaantuneella voi kuitenkin olla oikeus korvauksiin myös jonkin toisen lain perusteella. Useimmiten kyse on vahingosta, joka sattuu työmatkalla. Tällöin vahingoittuneen korvauskäsittely tapahtuu ensisijaisesti työnantajan tapaturmavakuutuksen perusteella. Tällöin liikennevakuutusyhtiöllä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa vahingonkärsineen hoitoon. Tämän takia tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu ne tapaukset, joissa vahinko korvataan ensisijaisesti jonkin muun lain perusteella tai joissa liikennevakuutuksesta ei

myönnetä lainkaan korvauksia. Näiden lisäksi tutkimuksesta on rajattu pois tapaukset, joissa ei lopulta ole sattunut mitään henkilövahinkoa tai joissa vahingonkärsinyt on kuollut liikennevahingon johdosta.

*Vahingonkärsineellä* tarkoitetaan tässä tutkimuksessa henkilöä, joka on loukkaantunut fyysisesti liikennevahingon seurauksena. Tutkimuksessa vahingonkärsinyt, vahingoittunut ja asiakas tarkoittaa samaa asiaa.

*Kumppanihoitolaitoksella* tarkoitetaan sellaista hoitolaitosta, jonka kanssa kyseisellä vakuutusyhtiöllä on yhteistyösopimus. Muita hoitolaitoksia voivat olla muut yksityiset toimijat, joiden kanssa kyseisellä vakuutusyhtiöllä ei ole sopimusta tai julkisen sektorin hoitolaitokset.

*Liikennevahingon* määrittely ja siihen liittyvät käsitteet on esitelty ensimmäisessä teoriakappaleessa.

## **1.5 Tutkimusmenetelmä ja aineisto**

Tutkimus toteutetaan case- tutkimuksena ja tutkimusote on kvantitatiivinen. Tutkimus toteutetaan erääseen suomalaiseen vahinkovakuutusyhtiöön liikenteen henkilökorvausosaston tarpeisiin. Tutkimusotteeksi valikoitui kvantitatiivinen tutkimus, koska nähtiin, että kvantitatiivinen tutkimus palvelee tutkimuksen tavoitetta paremmin kuin kvalitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan analysoitua tietoa vahingonkärsineiden taustalta.

Aineisto kerätään kyseisen yhtiön vahinkokannasta. Tutkimusyksikkönä on vahingonkärsinyt ja vahingonkärsineiden ominaisuuksista ja muista asiakkaaseen vaikuttavista muuttujista muodostetaan aineisto. Aineisto kerätään yhden kuukauden aikana vahingoittuneista asiakkaista. Aineistoon on otettu mukaan ainoastaan sellaiset tapaukset, joissa yhtiöllä on ollut mahdollisuus vaikuttaa asiakkaan hoitoon. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että aineiston ulkopuolelle on jätetty tapaukset, joissa vahinko on ollut käsittelyssä toisessa yhtiössä tai toiminnossa syyllisyydenjaon tai ensisijaisten lakien (työtapaturma) takia. Aineiston ulkopuolelle on myös rajattu tapaukset, joissa vahingonkärsineelle on tehty kielteinen korvausratkaisu eli hänelle ei ole korvattu mitään liikennevakuutuslain mukaan. Aineistoon ei myöskään kuu-

lu tapaukset, joissa vahingonkärsinyt ei ole käynyt ollenkaan lääkärinvastaanotolle tai joissa vahingonkärsinyt on kuollut liikennevahingon johdosta. Aineisto on kerätty manuaalisesti.

Aineistoa analysoidaan tilastollisin menetelmin. Aluksi aineistoa analysoidaan frekvenssijakaumien avulla. Muuttujien vaikutusta toisiinsa tutkitaan ristiintaulukoinnin ja khiin neliötestien avulla. Näiden lisäksi tutkimuksen lopussa tehdään logistinen regressioanalyysi, jonka avulla aineistosta saadaan vielä enemmän informaatiota.

## 1.6 Tutkielman rakenne

Tutkimus rakentuu viidestä pääluvusta: johdannosta, kahdesta teoriakappaleesta, tutkimusmenetelmäkappaleesta, analyysistä sekä pohdinnasta ja johtopäätöksistä. Johdannossa kerrotaan, minkä takia aihetta on ajankohtaista tutkia ja mitä teemoja siihen liittyy. Johdannossa esitellään myös teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet ja rajaukset. Tämän lisäksi johdannossa kerrotaan lyhyesti aineiston keruusta ja sen analysoimisesta.

Ensimmäisessä teoriakappaleessa perehdytään liikenteenhenkilökorvauksiin. Kappaleen tarkoituksena on kuvata sitä, että mistä liikenteen henkilökorvausprosessi koostuu ja mitä korvauksia liikennevahingon henkilövahingosta voi saada. Ensimmäisessä teoriakappaleessa perustellaan myös se, minkä takia vakuutusyhtiö voi päättää vahingonkärsineen hoitopaikan. Toisessa teoriakappaleessa perehdytään kuluttajakäyttäytymiseen ja siihen liittyviin teorioihin. Kuluttajakäyttäytymistä lähestytään kuluttajan päätöksenteon näkökulmasta. Toisen teoriakappaleen tarkoituksena on saada ymmärrystä siitä, mitkä asiat vaikuttavat kuluttajan ostopäätökseen.

Tutkimusmenetelmäkappaleen tarkoituksena on tutustua tutkimuksessa käytettäviin tutkimusmenetelmiin. Kappaleessa esitetään keskeiset tutkimusmenetelmään liittyvät seikat ja perehdytään tutkimuksessa käytettäviin analysointimenetelmiin. Tämän lisäksi kappaleessa tutustutaan siihen, että kuinka tutkimuksen aineisto on koostettu. Lopuksi tässä kappaleessa pohditaan tutkimuksen luotettavuutta.

Analyysikappale jakautuu kahteen osaan: aineiston kuvaamiseen ja riippuvuussuhteiden tutkimiseen. Aineiston kuvauksessa käydään läpi aineiston muuttujien saamia arvoja ja frek-

venssien jakautumista pylväsdiagrammein. Riippuvuussuhteita tutkitaan kappaleessa ristiintaulukoinnin, khiin neliö- testin sekä logistisen regressioanalyysin avulla.

Lopuksi tutkimustuloksia kerätään yhteen ja niitä verrataan teoreettisiin lähtökohtiin. Tämän jälkeen tuloksia verrataan tutkimuskysymyksiin ja tehdään päätelmiä siitä, mihin tulevaisuudessa kannattaisi keskittyä, jotta asiakkaista saataisiin käymään enemmän kumppaneilla. Lopuksi vielä pohditan ajankohtaisia teemoja, kuten telematiikkaa ja digitalisaatiota sekä niiden vaikutuksia asiakkaiden ohjaamiseen kumppaneille hoitoon.

## 2 LIIKENTEEN HENKILÖKORVAUKSET

Liikenteen henkilövahinkojen korvausprosessista ei löydy tieteellistä tutkimusta. Jokaisen yhtiön korvausprosessi on erilainen, mutta prosessin taustalla vaikuttavat normit ja säännökset vaikuttavat erittäin suurelta osin prosessiin ja sen kulkuun. Liikenteen henkilövahinkojen korvattavuudesta ja korvauksista on säädetty liikennevakuutuslaissa ja korvauksiin sovelletaan myös vahingonkorvauslakia. Tämän lisäksi joissakin tapauksissa tarvitaan myös muita lakeja, kuten kuntoutuslakia. Näiden lakien ja säännösten avulla luodaan käsitys siitä, että mitä elementtejä liikenteen henkilökorvausprosessiin sisältyy. Liikennevahinkolautakunta ohjaa ja yhdenmukaistaa korvauskäytäntöä yhtiöiden välillä (Eskuri ja Mikkonen 2009, 31).

Liikennevahinkoprosessi voidaan jakaa kahteen osaan: 1) vahingon korvattavuuden selvittämiseen ja 2) korvausten maksuun. Seuraavaksi tässä tutkimuksessa perehdytään näiden kahden osa-alueen sisältämiin seikkoihin lainsäädännön kautta.

### 2.1 Liikenteen henkilövahingon korvattavuus

#### 2.1.1 Liikenteeseen käyttö

Liikennevakuutuslain ensimmäisen pykälän mukaan liikennevakuutuksesta korvataan moottoriajoneuvon liikenteeseen käyttämisestä aiheutunut henkilö- tai omaisuusvahinko (LVL 1§). Liikennevakuutuslakia sovelletaan siis sellaisiin henkilövahinkoihin, jotka ovat aiheutuneet siitä, että moottoriajoneuvoa on käytetty liikenteessä. Vaatimus liikenteeseen käyttämisestä johtaa siihen, että kaikkia moottoriajoneuvon aiheuttamia vahinkoja ei korvata liikennevakuutuslain mukaan, vaan liikenteeseen käyttämisen toteutuminen tulee arvioida jokaisen tapauksen kohdalla erikseen.

Liikennevakuutuslain toisessa pykälässä määritellään tilanteet, joissa moottoriajoneuvo ei ole liikennevakuutuslain tarkoittamassa liikenteessä:

- kun moottoriajoneuvoa käytetään liikenneväylistä erillään olevassa paikassa maatalouden työhön tai olennaisesti muuhun tarkoitukseen kuin henkilöiden ja tavarain kuljettamiseen;
- kun se on säilytettävänä tai korjattavana autovajassa tai korjaamossa tahi muussa liikenneväylistä erillään olevassa paikassa;

*- kun sitä käytetään liikenteestä eristetyllä alueella kilpailu-, harjoitus- tai kokeilutarkoituksiin. (LVL 2§)*

Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ajoneuvon on täytynyt olla liikenteessä, jotta vahinkoa voidaan käsitellä liikennevakuutuslain perusteella. Myöskään henkilökorvausratkaisua ei voida tehdä, mikäli ei ole määritelty sitä, onko ajoneuvo ollut liikenteessä vahinkohetkellä. Liikenteeseen käyttämisen toteaminen ei ole aina helppoa, joten henkilökorvausratkaisun tekeminen voi viivästyä tämän vuoksi.

### **2.1.2 Tuottamus ja ankara vastuu**

Liikennevakuutuslain 8 pykälän mukaan kahden tai useamman moottoriajoneuvon välisessä liikennevahingossa on selvitettävä, minkä ajoneuvon tuottamuksesta vahinko syntyi. Omaisuusvahingot ja henkilövahingot korvataan sen ajoneuvon liikennevakuutuksesta, joka oli syyllinen vahinkoon. (LVL 8§)

Käytännössä korvauskäsittelyn kannalta tämä tarkoittaa sitä, että kahden tai useamman moottoriajoneuvon välisessä liikennevahingossa on selvitettävä, minkä auton liikennevakuutuksesta vahinko käsitellään. Kun tuottamusratkaisu on tehty, syyllisen ajoneuvon liikennevakuutuksesta käsitellään myös muissa ajoneuvoissa loukkaantuneiden henkilövahingot. Mikäli tuottamusratkaisun tekeminen viivästyy, henkilövahinkoja aletaan käsittelemään sen auton liikennevakuutuksesta, jossa vahingoittunut oli vahinkohetkellä. Tuottamuksen ratkettua vakuutusyhtiö voi hakea maksetut korvaukset takaisin syyllisen ajoneuvon liikennevakuutuksesta.

Mikäli kyseessä on henkilövahinko, joka ei ole sattunut kahden moottoriajoneuvon välisessä liikennevahingossa, vaan se kohdistuu kevyeen liikenteeseen, henkilövahingon korvattavuus perustuu ankaraan vastuuseen. Ankara vastuu tarkoittaa sitä, että liikennevahinko korvataan moottoriajoneuvon liikennevakuutuksesta, vaikka kukaan ei ole vahingonkorvausvelvollinen ajoneuvon liikenteeseen käyttämisen perusteella. (LVL 4§) Kevyellä liikenteellä tarkoitetaan esimerkiksi jalankulkijoita ja polkupyöräilijöitä. Liikennevakuutuslain mukaan henkilökorvaukset korvataan vahingoittuneelle, vaikka hän olisi itse syyllinen vahinkoon. Vahingoittuneen korvauksen määrässä kuitenkin huomioidaan korvauksen alentamisen edellytykset, joista kerrotaan lisää seuraavassa kappaleessa.

### 2.1.3 Korvauksen alentaminen

Liikennevakuutuslain 7 pykälässä määritellään korvauksen alentamisen perusteista. Liikennevakuutuslain mukaan tahallisesti aiheutetuista itseen kohdistuneista henkilövahingoista maksetaan korvauksia vain siltä osin kuin muut olosuhteet ovat vaikuttaneet vahingon syntymiseen. (LVL 7§, 1 mom.) Korvaus voidaan siis evätä kokonaan, mikäli vahingoittunut on aiheuttanut henkilövahingon itselleen tahallaan. Tahallisuuden todistaminen on kuitenkin vakuutusyhtiön vastuulla.

Liikennevakuutuslain 7 pykälän ensimmäisessä momentissa määritellään myös, että mikäli vahingoittunut on törkeällä huolimattomuudella myötävaikuttanut itselleen aiheutuneeseen henkilövahinkoon, korvausta voidaan alentaa tai evätä kokonaan. Korvauksen alentamisessa tulee kuitenkin ottaa huomioon olosuhteet ja korvausten alentamisen tai epäämisen kohtuullisuus olosuhteisiin verrattuna. (LVL 7 pykälä, 1 mom.) Korvauksen alentamisen edellytyksenä on siis törkeä huolimattomuus, joten vähäinen huolimattomuus tai tuottamus itsessään ei ole edellytys korvauksen alentamiseen. Korvauksen alentamisen perusteena voi olla esimerkiksi törkeä ylinopeus ja se edellyttää usein muiden viranomaisten, kuten poliisin, tutkimuksen valmistumista. Mikäli henkilövahingon aiheuttanut epäillään törkeästä huolimattomuudesta henkilökorvausratkaisun tekeminen voi viivästyä. Usein kuitenkin esimerkiksi ajoneuvon matkustajien korvausratkaisut voidaan tehdä nopeammin kuin kuljettajan osalta.

Liikennevakuutuslaissa otetaan kantaa myös ajoneuvon luvattoman käytön yhteydessä aiheutuneeseen vahinkoon. Mikäli vahingon kärsinyt on ollut luvattomasti käytössä otetussa ajoneuvossa ja hän tiesi tai hänen olisi pitänyt tietää luvattomasta käytöstä, korvauksia maksetaan ainoastaan erityisestä syystä. (LVL 7pykälä, 3 mom.) Tämä momentti koskee sekä kuljettajaa että matkustajia. Mikäli auto on siis otettu luvattomasti käyttöön, korvaukset voidaan evätä kaikilta ajoneuvossa vahingoittuneilta. Mikäli matkustajalla ei ole ollut tiedossa eikä hänen olisi pitänyt tietää luvattomasta käytöstä, korvaukset maksetaan normaalisti.

Mikäli ajoneuvon kuljettaja on ollut alkoholin tai muun huumausaineen vaikutuksen alaisena ajoneuvoa kuljettaessa korvaus voidaan evätä kokonaan tai sitä voidaan alentaa. Liikennevakuutuslain 7 pykälän 4 momentin mukaan kuljettajan korvauksia suoritetaan ainoastaan

erityisestä syystä, mikäli hänen verensä alkoholipitoisuus oli ajon aikana tai sen jälkeen vähintään 1,2 promillea tai mikäli alkoholia oli vähintään 0,53 milligrammaa litrassa uloshengitysilmaa. Tähän verrattavissa on myös tilanteet, joissa kuljettaja on ollut muuten alkoholin tai muun huumausaineen kuin alkoholin vaikutuksen alaisena tai niiden yhteisvaikutuksen takia hänen kykynsä virheettömiin suorituksiin oli tuntuvasti huonontunut. (LVL 7 pykälä, 4 mom.) Mikäli kuljettajalla on ollut alkoholin tai muun huumausaineen vaikutuksen alaisena, mutta 4 pykälän edellytykset eivät täyty, voidaan henkilövahinkokorvauksia alentaa sen mukaan, mikä oli hänen osuutensa vahinkoon (LVL 7 pykälä, 5 mom.) Käytännössä korvauskäsittelyssä ennen kuljettajan henkilövahinkoratkaisun tekemistä on selvittettävä, onko kuljettaja ollut vahinkohetkellä alkoholin tai muun huumausaineen vaikutuksen alaisena. Mikäli on epäily, että kuljettaja on ollut alkoholin tai muun huumausaineen vaikutuksen alaisena, vakuutusyhtiö tarvitsee yleensä poliisilta täydellisen esitutkintapöytäkirjan, josta käy ilmi alkoholin tai muun huumausaineen määrät. Tämän vuoksi korvausratkaisun tekeminen voi viivästyä.

Edellä mainittujen tilanteiden lisäksi korvausta voidaan alentaa tai se evätä, mikäli henkilövahinko on syntynyt ajoneuvon ollessa liikkumattomana. Kuitenkin, mikäli vahinko on tapahtunut ajoneuvon pysähtymisen tai liikkeelle lähtemisen yhteydessä, vahinko korvataan normaalisti. (LVL 7 pykälä, 6 mom.)

#### **2.1.4 Ensisijaiset lait**

Ennen liikennevakuutuslain mukaisten korvausten maksua tulee selvittää, että onko vahingoittunut ollut vahinkohetkellä vapaa-ajalla vai työmatkalla. Liikennevakuutuslain 6 pykälän mukaan, mikäli vahingoittuneella on oikeus saada korvausta henkilövahingosta tapaturmavakuutuslain perusteella, liikennevakuutuslain mukaan korvataan asiakkaalle vain se osa vahingosta, jota ei korvata tapaturmavakuutuslain mukaan (LVL 6 pykälä).

Käytännössä tapaturmavakuutuslain ensisijaisuus tarkoittaa sitä, että liikenteen henkilövahinko korvataan aina ensisijaisesti tapaturmavakuutuslain perusteella, mikäli vahingoittunut on ollut vahinkohetkellä työssä tai työmatkalla. Tätä samaa säännöstä sovelletaan myös varusmiespalveluksessa oleviin ja joihinkin koulumatkoihin. Mikäli liikennevakuutusyhtiöön esitetään korvausvaateita tällaisessa tilanteessa, ne tulee ohjata työtapaturmayhtiöön. Tämä johtaa



siihen, että työtaturmayhtiöllä on oikeus vaikuttaa siihen, miten ja missä vahingoittuneen hoito järjestetään.

Joskus voi esiintyä tilanteita, joissa ei ole selvää, että onko vahingoittunut ollut työmatkalla tai työssä vai vapaa-ajalla. Vahingon korvattavuus työtaturmavakuutuslain perusteella tulee selvittää ennen kuin voidaan tehdä ratkaisu kulujen korvattavuudesta liikennevakuutuslain perusteella. Tämä johtaa siihen, että vahinkoratkaisun tekeminen liikennevahingosta on riippuvainen tapaturmayhtiön päätöksestä ja ratkaisuaikankohdasta voi viivästyä.

### **2.1.5 Korvausratkaisun tekeminen**

Kuten edellä on selostettu, ennen korvausratkaisun tekemistä onko henkilövahinko aiheutunut ajoneuvon liikenteeseen käyttämisestä, minkä ajoneuvon liikennevakuutuksesta vahinko korvataan, korvataanko vahinko tuottamuksen vai ankaran vastuun perusteella, voidaanko korvusta alentaa tai evätä tahallisuuden, törkeän huolimattomuuden, luvattoman käytön, alkoholin tai muun huumausaineen tai ajoneuvon liikkumattomuuden vuoksi ja onko vahingoittunut ollut vahinkohetkellä vapaa-ajalla, työssä tai työmatkalla, koulumatkalla tai varusmiespalveluksessa. Näiden seikkojen selvittämiseksi vakuutusyhtiöt tarvitsevat tarvittavat tiedot ja tietoja saadaan esimerkiksi vahinkoilmoituksen tai muiden selvitysten perusteella. Joskus vakuutusyhtiö tarvitsee myös lisätietoja muilta viranomailta, kuten poliisilta tai syyttäjältä, ennen korvausratkaisun tekemistä. Näiden seikkojen vuoksi korvausratkaisun tekeminen voi viivästyä ja liikennevakuutuslain mukaisten korvausten maksaminen voi viivästyä.

## **2.2 Liikennevakuutuslain mukaiset korvaukset**

Kun henkilövahingon korvattavuus on selvitetty, vastuussa oleva vakuutusyhtiö voi alkaa määritellä ja myöntää korvauksia ja maksusitoumuksia. Liikennevakuutuslain mukaisten korvausten määrittelemisessä sovelletaan vahingonkorvauslain 5 luvun tiettyjä säännöksiä. Tämän lisäksi liikennevakuutuslain kuudennessa pykälässä määritellään tarkemmin korvauksista. (LVL 6§)

### **2.2.1 Kiireellinen ja vähäinen sairaanhoito**

Liikennevakuutuslain 6 a pykälän ensimmäisen momentin mukaan vahingoittuneella on oikeus saada korvaus vamman tai sairauden johdosta tarpeellisesta sairaanhoidosta. Sairaanhoitoa voidaan antaa julkisena terveydenhuoltona, yksityisen terveydenhuollon palveluna tai itsenäi-

senä ammatinharjoittajana. Hoidon korvattavuuden edellytyksenä kuitenkin on, että vakuutusyhtiö on antanut hoidon korvaamisesta maksusitoumuksen siten kuin jäljempänä kuvataan. (LVL 6a§)

Ensimmäiseen lääkärin vastaanottokäyntiin ja siihen välittömästi liittyviin vähäisiin hoitotoimenpiteisiin ei vaadita maksusitoumusta. Vähäisellä hoitotoimenpiteellä tarkoitetaan liikennevakuutuslain mukaan tavanomaista, vastaanottokäynnin yhteydessä tehtävää röntgentutkimusta, kipsausta, sidontaa tai muuta näihin rinnastettavaa toimenpidettä. (LVL 6a§) Maksusitoumusta ei vaadita myöskään kiireelliseen sairaanhoitoon, joka on välttämätöntä vammasta tai sairaudesta vahingoittuneen terveydelle aiheutuvan välittömän uhan vuoksi.

### **2.2.2 Muiden hoitokulujen korvaaminen**

Liikennevakuutuslakia ja lakisääteistä tapaturmavakuutuslakia sovelletaan hoitokulujen korvauksissa yhtäläisesti. Tämän vuoksi tässä tutkielmassa vuoden 2005 lakimuutosten vaikutusta liikennevakuutuslain mukaan korvattaviin sairaanhoidonkustannuksiin perehdytään Tapaturma-asiain korvauslautakunnan kiertokirjeen 8/2004 avulla. Liikennevakuutuslautakunta ei ole julkaissut vastaavanlaista kirjettä julkisesti. Tapaturma-asiain korvauslautakunnan kiertokirjeessä opastetaan vakuutuslaitoksia siitä, kuinka lakiuudistukset vaikuttavat sairaanhoidon kustannuksiin ja sen järjestämiseen. Liikennevakuutuksen osalta

Vuoden 2005 alusta lähtien on tullut voimaan täyskustannusperiaatteen käyttöönottoon liittyviä lakimuutoksia liikenne- ja tapaturmavakuutuslakeihin, joissa määrätään sairaanhoidon ja tutkimuskulujen korvaamisesta liikenne- tai tapaturmavakuutuslain mukaan. Lakimuutos koskee vahinkoja, jotka sattuvat tai ovat sattuneet 1.1.2005 jälkeen. Vuonna 2005 tai sen jälkeen sattuneista vahingoista korvataan julkisen sairaanhoidon tuottamiskustannusta vastaava maksu eli niin sanottu täyskustannusmaksu (TÄKY) hoidon järjestävälle kunnalle tai kuntayhtymälle hoidon tuottamisesta. Tämän lisäksi julkisen sairaanhoidon järjestävä taho voi periä asiakkaalta asiakasmaksun, jonka vakuutusyhtiö korvaa asiakkaalle. (LVL 6b§, Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004)

Kun hoitoa annetaan yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukaisena palveluna tai itsenäisen ammatinharjoittajan toimesta, hoidosta suoritetaan korvaus maksusitoumuksen mukaan. (LVL 6b§) Tämä mahdollistaa sen, että vakuutusyhtiöt voivat valita hoidon toteutta-

mispaikaksi sen, joka on vakuutusyhtiölle edullisin. Vakuutusyhtiöt voivat myös täten kilpailuttaa hoidon tuottajia (Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004).

Ennen vuoden 2005 muutoksia vakuutuksien perusteella korvattiin ainoastaan asiakasmaksusuosuuksia. Käytössä oli tämän lisäksi laastarivero, joka kattoi vahingonkäsineiden hoidon kustannukset julkisella sektorilla. Vuoden 2005 muutosten tarkoituksena oli se, että vahingoittunut pääsisi nopeammin hoitoon ja sitä myöten nopeammin työelämään. Tällöin myös vakuutusyhtiölle kohdistuvat kulut pienenisivät, sillä vakuutusyhtiöt eivät enää joutuisi maksamaan hoidon viivästymisestä johtuvia tarpeettomia korvauskustannuksia. (Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004)

### **2.2.3 Vakuutusyhtiön oikeus valita hoitopaikka**

Liikennevakuutuslain 6 pykälän toisen momentin mukaan vakuutusyhtiöllä on oikeus valita maksusitoumuksella vahingoittuneen vamman tai sairauden edellyttämä hoitopaikka. Hoitopaikan on kuitenkin oltava sellainen, että vahingoittunut saa sieltä vammojensa tai sairauksiensa edellyttämää hoitoa. (LVL 6a§) Tähän momenttiin perustuu vakuutusyhtiöiden hoitolaitosohjauksien lakisääteinen perusta.

Hoitopaikan valintaoikeus koskee niitä tapauksia, joissa vaaditaan vakuutuslaitoksen antama maksusitoumus. Maksusitoumuksen myöntäminen kuitenkin edellyttää sitä, että vakuutuslaitos on tehnyt ratkaisun vahingon korvattavuudesta. (Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että mikäli vakuutusyhtiö ei ole pystynyt ratkaisemaan vahingon korvattavuutta, sillä ei ole myöskään oikeutta valita vahingoittuneen hoitopaikkaa.

Joillakin vahingonkäsineillä saattaa olla ennen vahinkoa muita sairauksia tai vammoja, jotka vaikuttavat liikennevakuutuksesta korvattavien vammojen hoitoon. Tämä kokonaisterveydentila tulisi myös ottaa huomioon hoitopaikkaa valitessa. Vahingonkäsineiden muiden sairauksien tai vammojen hoito ei saa kärsiä uuden vamman hoidon järjestämisen takia. Tämän lisäksi on otettava huomioon potilaan aiemmat pitkät hoitosuhteet ja muut seikat. Muut seikat liittyvät esimerkiksi hoitolaitoksen sijaintiin ja potilaan asuinpaikkaan. Tavoitteena on, että potilaan asema ei huonontuisi hoidon takia. (Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004)

Huomiota tulee kohdistaa myös siihen, että lähtökohtana on, että vakuutuslaitoksen tehtävänä on ainoastaan korvata vamman tai sairauden takia tarpeellisen sairaanhoidon kustannukset eikä vakuutusyhtiöllä ole roolia sen järjestämisessä. Vakuutuslaitoksella ei siis ole velvollisuutta järjestää hoitoa. (Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004) Tämän lähtökohdan olemassaolo tulevaisuudessa on kuitenkin horjumassa, sillä esimerkiksi Pohjola on jo avannut oman sairaalansa, jossa se hoitaa vahingoittuneita asiakkaitaan. Pohjola on lisäämässä sairaaloitaan Helsingin lisäksi myös muualle Suomeen. Muut vakuutusyhtiöt Suomessa eivät kuitenkaan ole vielä lähteneet tähän trendiin mukaan. Tehokkaan kumppanuusyhteistyön myötä hoitolaitokset tulevat kuitenkin aiempaa lähemmäs vakuutusyhtiötä.

Vahingoittuneella on myös oikeus kieltäytyä siirtymästä maksusitoumuksella osoitettuun hoitopaikkaan. Tällöin vakuutusyhtiön ei kuitenkaan tarvitse korvata hoitoa täydenkorvauksen periaatteen mukaan, vaan se on velvollinen korvaamaan sairaanhoidosta vain asiakasmaksulain mukaisen asiakasmaksun. (Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004, LVL 6b§) Tämä säännös pätee myös silloin, kun asiakas hakeutuu johonkin muuhun yksityiseen hoitolaitokseen. Tällöin iso osa hoidon kustannuksista saattaa kasaantua asiakkaan maksettavaksi.

#### **2.2.4 Työkyvyttömyyden korvaaminen**

Mikäli vahingoittunut joutuu liikennevahingosta saamien vammojen johdosta työkyvyttömäksi, liikennevakuutuslain perusteella korvataan myös todelliset ansionmenetykset. Sillä ei ole merkitystä, että onko vahingoittuneen työnantajan maksanut sairausajalta palkkaa vahingoittuneelle vai ei. Mikäli työnantaja on maksanut palkkaa sairausajalta, korvaus maksetaan työnantajalle.

Ansionmenetyskorvaukset ovat merkittävä osa liikennevakuutuksesta maksettavia korvauksia. Toisaalta asiakkaan saamalla hoidolla on suuri merkitys siihen, että kuinka nopeasti hän palautuu työkykyiseksi. Esimerkiksi Omasairaalan tutkimuksen mukaan tehokkaalla hoidolla pystyttiin lyhentämään työkyvyttömyysaikoja merkittävästi. Omasairaalaissa hoitoketju polven kierukkavammoissa oli 23 vuorokautta, kun keskimäärin muilla toimijoilla se oli 62 vuorokautta. (Omasairaala 2014) Kuitenkin tässä tutkimustuloksessa on huomioitava se, että tutkimus on Omasairaalan itse tekemä.

### 2.2.5 Vammojen luokittelu

Liikennevahingossa vammautuneet ovat oikeutettuja tilapäisen haitan korvaukseen. Tilapäisellä haitalla tarkoitetaan kipua ja särkyä sekä muuta tilapäistä haittaa. Korvaus määritellään tapauskohtaisesti objektiivisesti havaittavien seikkojen perusteella. (Liikennevahinkolautakunta 2015) Käytännössä korvaus määritellään lääkäriasiakirjojen perusteella. Korvauksen määrään vaikuttavat vamman laatu, vaikeusaste, sen edellyttämä hoito ja toipumisen kestoai-  
ka (Liikennevahinkolautakunta 2015, 27-31)

Fyysiset vammat luokitellaan viiteen eri ryhmään. Vähäisillä henkilövahingoilla (1) tarkoitetaan sellaisia tilanteita, joissa vammat ovat olleet niin pieniä, että niiden hoitoon ei ole tarvittu sairaalahoitoa, ne paranevat 1-2 viikossa ja aiheuttavat enintään kahden viikon työkyvyttömyyden. Esimerkiksi ihonaarmut, kolahdusvammat, nyrjähdykset, pienet haavat ja mustelmat kuuluvat luokkaan yksi. Toinen luokka on nimeltään lievät vammat (2). Lieville vammoille ominaista on, että ne eivät tarvitse esimerkiksi elvytyshoitoa tai tehohoitoa. Toiminnallinen toipuminen voi vaatia enintään kaksi kuukautta. Lieviä vammoja ovat esimerkiksi ruhjevammat, lievät luunmurtumat ja nivelten sijoiltaanmenot. Kolmanteen luokkaan kuuluvat lievää vaikeammat vammat (3). Näihin vammoihin kuuluvat esimerkiksi murtumat, jotka vaativat leikkaushoitoa tai muut erityisiä toimenpiteitä vaativat vammat. Vaikeat vammat (4) kuuluvat taas neljänteen ryhmään. Nämä vammat vaativat usein tehohoitoa ja vaativia kirurgisia toimenpiteitä. Toiminnallinen toipuminen kestää yli kahdeksan kuukautta. Hyvin vaikeat vammat (5) ovat taas sellaisia vammoja, jotka vaativat pitkäaikaista hengitystä tai verenkiertoa ylläpitävää toimintaa ja hoito voi vaatia poikkeuksellisen laajoja ja lukuisia leikkaustoimenpiteitä. Luokkaan viisi kuuluvat kaikki vakavimmat vammat. (Liikennevahinkolautakunta 2015, 27-31)

Vammojen luokittelun avulla pystytään arvioimaan nopeasti, millaista hoitoa vahingoittunut voi tarvita. Käytännössä kaikista vakavimmat vammat vaativat sairaalatasen hoitoa, joten hoitoonohjaukset ovat mahdollisia etenkin lievimmissä vammoissa.

### 3 KULUTTAJAN PÄÄTÖKSENTEKO

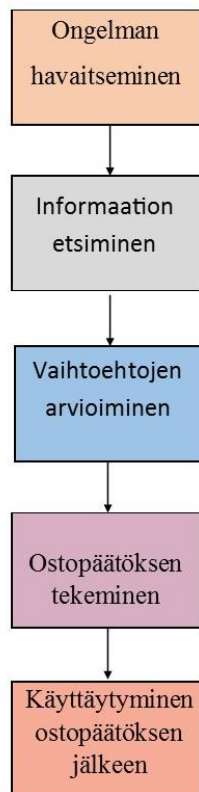
Kulutuskäyttäytymisen tutkiminen on lähtöisin 1990- luvun alkupuolelta ja sen taustalla on etenkin taloustieteelliset sekä käyttäytymistieteelliset lähtökohdat. Etenkin kuluttajan päätöksenteon teorian taustalla vallitsee yhä edelleen voimakkaasti taloustieteelliset periaatteet. Taloustieteen ja käyttäytymistieteen ohella kuluttajatutkimuksessa on hyödynnetty sosiaalipsykologiaa sekä kognitiivista psykologiaa. Kuluttajan päätöksenteko hallitsi tutkimuksen kenttää voimakkaasti 1980- luvulle saakka. Tutkimuksen kohteena oli etenkin kulutusobjektiivien hankintaa, kulutusta ja käytöstä poistamista selittävien käsitteiden ja prosessien jäsentäminen. Kuluttajien käyttäytymistä tutkitaan yhä aktiivisesti, mutta tämän rinnalle on tullut muun muassa käyttäjälähtöisyyden korostaminen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että huomiota on alettu kiinnittää itse kuluttamiseen eli tuotteen käyttöön ja siihen liittyviin toimintoihin. Myös etenkin todelliset kulutusympäristöt ja niiden tutkiminen on korostunut. (Laaksonen 2005)

Kulutustutkimuksen kenttä on laaja ja moninainen ja kuluttamista lähestytään useista eri näkökulmista (Laaksonen 2005). Tässä tutkimuksessa teoreettisen tiedon tarkastelun näkökulmaksi on rajautunut kuluttajan käyttäytyminen päätöstä tehdessä. Käyttäjälähtöisyyttä ei ole siis korostettu tässä tutkimuksessa, vaikka se vaikuttaa kuluttamiseen suuresti, sillä vakuutusyhtiöllä ei ole perinteisesti ollut mahdollisuutta vaikuttaa esimerkiksi hoitolaitoskumppaneiden brändiin tai kulutusympäristöön. Tätä ei kuitenkaan voida tänä päivänä todeta kovin yksiselitteisesti, sillä kuten tutkimuksen johdannossa esitettiin, vakuutusyhtiöiden ja hoitolaitoskumppaneiden keskinäiset roolit ovat muuttuneet ja vakuutusyhtiöt voivat yhä enemmän vaikuttaa hoitolaitoskumppaneiden toimintaan. Tämän tutkimuksen tarkoituksena kuitenkin on perehtyä kuluttajan päätöksentekoon, joten seuraavaksi perehdytään päätöksenteon taustalla oleviin teorioihin.

#### 3.1 Näkökulmia päätöksentekoon

Kuluttajan ostopäätös on lähtöisin ongelmasta, joka täytyy ratkaista (Solomon ym. 2006). Liikennevahingossa vahingoittuneen ongelma on usein se, että hänellä on tarve päästä käymään lääkärissä vammojen hoidon vuoksi. Vahingonkärsineen tehtävänä on valita se hoitolaitos, johon hän menee hoitoon.

Päätöksentekoprosessi koostuu viidestä vaiheesta: ongelman havaitseminen (1), informaation etsiminen (2), vaihtoehtojen arvioiminen (3) ja päätöksen tekeminen (4). Valinnan jälkeen viimeinen vaihe on päätöksen arvioiminen (5). (mm. Kotler & Keller 2006, 191, Solomon ym. 2006, 258) Viiden vaiheen malli on muodostunut markkinoinnin tutkijoiden keskuudessa yleiseksi tavaksi esittää päätöksentekoprosessi. (Kotler & Keller 2006, 191). Eri päätöksenteon prosessin vaiheiden pituudet vaihtelevat huomattavasti toisistaan. Joskus jokin vaihe tai koko prosessi voi olla erittäin nopea, lähes automaattinen, kun taas joskus prosessi voi kestää hyvinkin pitkään. (Solomon ym. 2006, 258) Kuviossa 2 havainnollistetaan näitä viittä vaihetta:



Kuvio 2 Ostopäätösprosessi (mukailtu Kotler & Keller 2006, 191)

Päätöksenteon taustalla on kuluttaja, joka tekee lopullisen päätöksen. Kuluttajat ovat taustoiltaan erilaisia, joten myös käyttäytyminen on erilaista. Kuluttajia voidaan segmentoida eli jakaa ryhmiin esimerkiksi demograafisten, maantieteellisten tai psykologisten tekijöiden avulla. (Kotler & Keller 2006, 247)

Tutkimuksien mukaan kuluttajan päätöksenteon taustalla vaikuttavat siis päätöksentekoprosessi ja taustamuuttujat. Näihin kahteen osa-alueeseen tullaan perehtymään tarkemmin myöhemmin tässä tutkimuksessa. Päätöksenteon taustalla on kuitenkin eri näkökulmia, joihin perehdytään seuraavaksi.

Kuluttajakäyttäytymisessä on myös hyvä erottaa se, että onko kyse niin sanotusta perinteisestä kuluttajakäyttäytymisestä vai business-to-business (B2B)-asiakaskäyttäytymisestä. Nämä eroavat toisistaan, sillä vaikka päätöksentekijänä kummassakin tapauksessa on ihminen, hänen tausta-ajatukset ovat eri tilanteissa hyvin erilaisia. Kun kuluttaja ostaa itselleen tai perheelleen jotakin, kuluttaja on todennäköisemmin impulsiivinen ja käyttäytyy rutiininomaisesti, kun taas B2B tilanteessa päätöksiä perustellaan usein enemmän järkisyin ja ne ovat harkittuja. (Puusa, Reijonen, Juuti & Laukkanen 2012, 145-146) Tämän tutkielman teoriassa keskitytään ainoastaan yksityisten kuluttajien käyttäytymiseen ja yritysnäkökulma on jätetty kokonaan pois.

### **3.1.1 Rationaalinen ja konstruktiivinen päätöksenteko**

Kuluttajien päätöksentekoprosessia on tutkittu laajalti useiden kymmenien vuosien ajan osana kuluttajakäyttäytymistä. Kuluttajan päätöksentekoa on perinteisesti tutkittu oletetun rationaalisen päätöksentekijän näkökulmasta. Tällöin oletetaan, että kuluttajalla on valmiudet tehdä sellainen päätös tai valinta, joka maksimoi hänen kokeman arvon ja tekee valinnan ja toimii tämän mukaisesti. Tämä kuluttajan päätöksenteon näkökulma on etenkin taloustieteilijöiden käyttämä ja sitä kutsutaan rationaalisen valinnan teoriaksi (rational choice theory). (Bettman ym. 1998)

Rationaalisen valinnan teorian mukaan kuluttajat omaksuvat mahdollisimman paljon informaatiota tuotteesta tai palvelusta, punnitsevat vaihtoehtojen plussia ja miinuksia ja tämän kautta päätyvät tyydyttävään lopputulokseen. Tämän avulla pyritään ymmärtämään kuinka informaatio on kerätty, kuinka uskomukset ovat syntyneet ja mitä valitsemiskriteerejä kuluttajat määrittelevät. (Solomon ym. 2006, 259)

Rationaalisen valinnan teoriaa on kuitenkin kritisoitu siitä, että sen avulla ei voida ymmärtää täydellisesti sitä, kuinka kuluttajat itseasiassa tekevät päätöksiä (Bettman ym. 1998). Kuluttajat eivät tee kaikkia päätöksiä siten, että he arvioisivat eri vaihtoehtoja huolellisesti ennen päätöksentekoa. Jos he tekisivät niin, ei aikaa jäisi juurikaan muuhun. Joskus päätökset teh-



dään impulsiivisesti eikä niiden taustalla ole rationaalista käyttäytymistä. (Solomon ym. 2006, 259)

Tutkijat ovat todenneet, että päätöksentekijöillä on itseasiassa kokoelma erilaisia strategioita siitä, miten päätös kannattaa tehdä. Kuluttajat arvioivat panostuksen tarpeellisuuden ja valitsevat parhaimman strategian. Tätä vaihtoehtojen päällekkäisyyttä kutsutaan konstruktiiiviseksi prosessoinniksi. (Solomon ym. 2006, 259-260) Kuluttajan konstruktiiivisen valinnan teoria (Constructive Consumer Choice Process) perustuu siihen, että kuluttajilla on muistiin rakennettuja preferenssejä, joiden pohjalta valinnat tehdään. Konstruktiiivisen valinnan teoria on lähtöisin siitä näkökulmasta, että kuluttajien rationaalisuus on rajoitettua. Preferenssit rakentuvat ajan kuluessa ja valintaprosessin aikana sen sijaan, että ne olisi määritelty etukäteen. On myös huomattava, että preferenssit vaihtelevat paljon tilanteiden mukaan. Kaikki preferenssit eivät kuitenkaan ole konstruktiiivisia, vaan jotkut preferenssit saattavat olla stabiileja ja vakiintuneita. Usein kuitenkin preferenssit ovat sitä konstruktiiivisempia mitä vaikeaselkoisempi päätöksenteon kohde tai ongelma on. (Bettman ym. 1998) Osa preferensseistä saattaa olla erittäin voimakkaita ja toiset taas heikkoja, mikä ohjaa päätöksentekoa voimakkaasti (Sheth 1981).

### **3.1.2 Kuluttaja muuttuvassa maailmassa**

Kuluttajan käyttäytyminen on muuttunut merkittävästi ajasta, jolloin ei ollut internetiä. Myös muut maailmanlaajuiset ilmiöt, kuten globalisaatio ja tuloerojen kasvu ovat vaikuttaneet merkittävästi markkinointiin. Ilmiöiden taustalla on Salmenkiven ja Nymanin mukaan kolme kehityssuuntaa. Nämä kehityssuunnat vaikuttavat länsimaiseen markkinointiin sekä lyhyellä- että pitkällä aikavälillä. Nämä kehityssuunnat ovat digitaalisuus ja vuorovaikutteisuus, mediakentän pirstaloituminen ja kuluttajakäyttäytymisen muutos (Kuvio 3). (Salmenkivi ja Nyman 2007, 60)



Kuvio 3 Markkinoinnin muutos (Salmenkivi & Nyman 2007, 61)

Digitalisuudella ja vuorovaikuteisuudella Salmenkivi ja Nyman (2007) tarkoittavat sitä, että digitaalisen tiedon ominaisuudet, kuten muokattavuus, edullinen tallennettavuus ja liikuteltavuus vaikuttavat markkinointiin. Internet mahdollistaa sen, että tieto liikkuu kaikkialla todella nopeasti. Mediatietoa voidaan levittää ja jakaa nopeammin kuin sitä ehditään kuluttaa. Digitaalisuus tuo markkinoille paljon mahdollisuuksia, mutta myös haasteita. Sosiaaliset verkostot, uudet palvelukonseptit ja kuluttajien kasvava valta tuovat markkinoille haasteita. (Salmenkivi & Nyman 2007, 60-61)

Mediakenttä pirstaloituu ja mediakanavien määrä kasvaa merkittävästi, mikä johtaa siihen, että massamedioiden suosio laskee. Perinteiset mediakanavat kuten televisio ja radio väistyvät uusien kanavien alta. Uusia kanavia edustavat esimerkiksi kännykät. Uusien kanavien ominaisuuksiin kuuluu myös se, että ne ovat kaksisuuntaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että median käyttäjät voivat tuottaa sisältöä pelkästään kuluttamisen lisäksi. (Salmenkivi & Nyman 2007, 61-62)

Kaikkien näiden ilmiöiden myötä myös kuluttajakäyttäytyminen muuttuu. Salmenkiven ja Nymanin (2007) mukaan iällä, sukupuolella tai tulotasolla ei ole enää niin paljon merkitystä markkinoinnissa. Tulotason merkityksen laskulla Salmenkivi ja Nyman tarkoittavat sitä, että

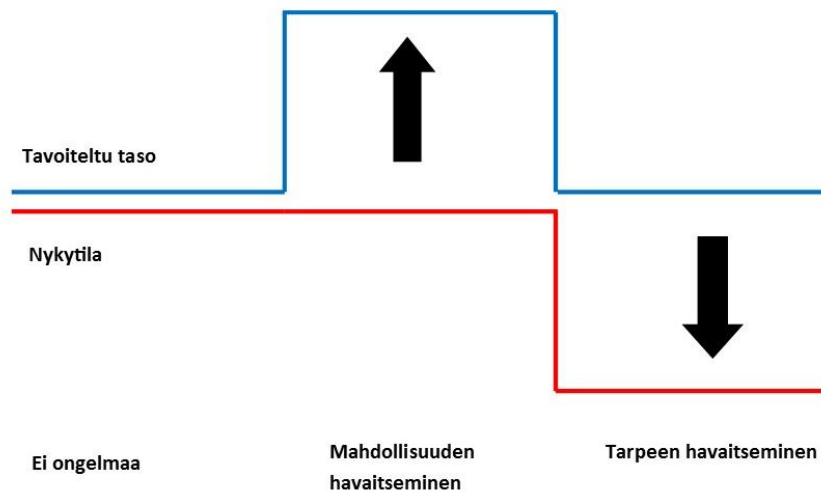
enää ei voida sanoa yksiselitteisesti, että esimerkiksi hyvätuloiset eivät käy kirpputorilla. Kulutustottumukset ovat muuttuneet niin, että tulotaso ja kulutuskäyttäytyminen ovat eriytyneet. Näitä tekijöitä suurempi vaikutus Salmenkiven ja Nymanin mukaan kuitenkin on sillä, että kuluttajien valta on kasvanut merkittävästi. Kuluttajat ovat huomattavasti valistuneempia kuin ennen. (Salmenkivi & Nyman 2007, 62-63)

Nämä kaikki kolme taustatekijää vaikuttavat sekä kuluttajiin että yrityksiin. Muutos on tapahtunut huomaamatta, mutta se on erittäin merkittävä. Suuri muutos on, että kuluttajat eivät enää asetu yrityksen asettamiin segmentteihin, vaan vaativat entistä monipuolisempia vuorovaikutuskanavia ja – mahdollisuuksia. Tärkeä huomio on myös, että kuluttajat haluavat valita itse kanavan, jossa he haluavat olla. Yritysten kannalta tämä tarkoittaa, että kanavia tulee olla useita ja pelkällä yhdellä vahvalla kanavalla ei välttämättä pärjää. (Salmenkivi & Nyman 2007, 63)

## **3.2 Päätöksentekoprosessi**

### **3.2.1 Ongelman havaitseminen**

Päätöksenteko prosessi lähtee Solomonin ym. (2006) mukaan siitä, että kuluttaja havaitsee jonkun ongelman tai tarpeen. Kuluttaja huomaa, että hänen nykytilan ja tavoitellun eli ideaalisen tilan välillä on aukko. Aukko voi syntyä Solomonin mukaan kahdella eri tavalla. Aukko voi syntyä siitä, että nykytila huonontuu tai siitä syystä, että toivottu tila nousee. (Solomon ym. 2006, 263) Käytännössä tätä voi havainnollistaa uunin ostamisella. Kuluttajan nykytila voi laskea sen takia, että nykyinen uuni hajoaa, jolloin kuluttajan täytyy ostaa uusi uuni, jotta hän pääsee tavoittelemalleen tasolle. Toisena vaihtoehtona on, että kuluttaja kuulee uudenlaisesta hienommasta uunista ja hänelle tulee tarve nostaa uunin tasoa. Tällöin tavoiteltu taso on noussut nykytilaa korkeammalle. Solomon ym. (2006) havainnollistavat tilannetta kuvion 4 avulla.



Kuvio 4 Ongelman syntyminen (Mukailtu Solomon ym. 2006, 264)

Tarve tai ongelma syntyy yleensä luonnostaan, mutta usein markkinoijalla on suuri rooli sen syntymiseen. Markkinoijat voivat yrittää luoda kuluttajille erilaisia tarpeita (Solomon ym. 2006, 264) Markkinoijien on tärkeä ymmärtää ja havaita ne kuluttajien olosuhteet, joihin yritys voisi vastata (Kotler & Keller 2006, 191) Kuluttaja on siis se, joka tunnistaa tarpeen, mutta yritys voi omalla toiminnallaan herätellä erilaisia tarpeita (Puusa ym. 2012, 147)

Liikenteen henkilökorvauksissa hoidon tarve syntyy siitä, kun vahingonkärsinyt loukkaantuu liikenneonnettomuudessa. Tällöin Solomonin kuvion 4 mukaan kohdataan tarpeen havaitsemisen vaihe. Nykytila laskee ja vahingonkärsinyt hakeutuu hoitoon, jotta hän pääsisi takaisin tavoitellulle tasolle. Liikenteen henkilökorvauksissa ei voida nähdä tilanteita, joissa tavoiteltu taso nousisi nykytilaa korkeammalle (mahdollisuuden havaitseminen). Liikennevahinkojen korvaamisessa noudatetaan täyden korvauksen periaatetta ja rikastumiskieltoa. Rikastumiskiellon periaatteiden mukaisesti vahingonkärsinyt ei voi vahingonkorvauksilla päästä parempaan asemaan kuin missä hän oli ennen vahinkoa. Korvauksen määrä siis rajoitetaan vain vahingon todelliseen määrään. (Rantala ja Pentikäinen 2009, 209)

Joskus kohdataan myös tilanteita, joissa ostopäätösprosessi päättyy tähän vaiheeseen. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että kuluttaja huomaa, että hänellä ei ole rahaa ja täten mahdollisuutta reagoida syntyneeseen tarpeeseen. (Puusa ym. 2012, 147) Liikenteen henkilökorvauksissakin voi syntyä tällaisia tilanteita. Asiakas saattaa esimerkiksi soittaa yhtiöön ja tiedustella

mihin hänen tulee mennä hoitoon, jos esimerkiksi kivut eivät vähene. Tällöin asiakkaalle on jo syntynyt tarve ja ajatus siitä, että hänen tulee mennä hoitoon, mutta tarve saattaa kadota oireiden vähentyessä. Liikennevahingolle on tyypillistä, että vahingonkärsinyt tuntee kipua esimerkiksi niskan seudussa, mutta kokee kuitenkin kivun olevan niin pieni, ettei hän hakeudu hoitoon.

### **3.2.2 Informaation etsiminen**

Kun ongelma on havaittu, kuluttaja alkaa etsimään informaatiota ongelman ratkaisemiseksi. Informaation etsiminen on prosessi, jossa kuluttaja tutkii ympäristössä saatavilla olevaa tietoa, jotta hän voi tehdä päätöksen. (Solomon ym. 2006, 265) Kuluttajien kiinnostusta informaatioon eli sitä, kuinka herkästi he ottavat informaatiota vastaan voidaan kuvata kahdella eri tasolla. Alempaa tasoa kutsutaan heränneeksi mielenkiinnoksi. Tällä tasolla kuluttaja alkaa ottaa vastaan informaatiota tuotteesta tai palvelusta. Toisella tasolla kuluttaja taas alkaa etsimään informaatiota aktiivisesti. (Kotler & Keller 2006, 191-192)

Kuluttajan ikä vaikuttaa informaation etsimiseen ja etenkin nuorten ja vanhusten käyttäytymistä on tutkittu. Tutkimuksen kohteena on ollut, että kuinka nuoret ja vanhukset ymmärtävät, arvioivat ja käyttävät etsimäänsä tai saamaansa informaatiota. Esimerkiksi vanhempia kuluttajia on helpompi taivutella tiettyyn päätökseen, sillä he eivät ymmärrä epäreiluja liiketoimintatapoja ja he eivät muista tuotteeseen tai palveluun liittyvää informaatiota yhtä hyvin kuin nuoremmat aikuiset. (John & Cole 1986, 297)

Informaatiota voi Solomonin ym. (2006) mukaan etsiä kahdella eri tavalla. Informaation etsiminen voi olla tyypiltään hetkittäistä tai jatkuvaa. Hetkittäisellä informaation etsimisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa kuluttaja on havainnut ongelman ja alkaa etsimään tietoa eri lähteistä. Tiedon etsiminen liittyy tiettyyn ratkaistavaan ongelmaan ja kuluttajan tavoitteena on tehdä mahdollisimman hyvä ostopäätös. Informaatiota voi kuitenkin etsiä myös jatkuvasti. Tämä tarkoittaa tilannetta, jossa kuluttaja etsii tietoisesti informaatiota jostakin asiasta. Hänellä ei kuitenkaan välttämättä ole spesifioitua ongelmaa, jota hänen tulisi ratkaista. Tällöin kuluttaja kerää tietoa tulevaisuuden ostopäätöksiä varten. (Solomon ym. 2006, 265) Samaa asiaa kuvaa myös ajatus aktiivisesta ja passiivisesta tiedonhankinnasta. Passiivisessa tiedonhankinnassa kuluttaja kerää tietoa muistiinsa alitajuntaisesti kun taas aktiivisessa tiedonhankinnassa kuluttaja aloittaa tietoisesti informaation etsimisen. (Puusa ym. 2012, 147)

Informaation lähteet voivat olla Solomonin ym. (2006) mukaan joko sisäisiä tai ulkoisia lähteitä. Sisäisellä lähteellä tarkoitetaan kuluttajan muistia. Kuluttajilla on kokemuksiin perustuvia sisäisiä lähteitä, joita he voivat hyödyntää ostopäätöstä tehdessään. Usein kuitenkin kuluttajat joutuvat etsimään informaatiota ulkoisista lähteistä. (Solomon ym. 2006, 266) Kotler ja Keller (2006) jakavat tärkeimmät tiedonlähteet seuraaviin neljään ryhmään:

- henkilökohtaisiin lähteisiin (perhe, ystävät, naapurit ym.)
- kaupallisiin lähteisiin (mainokset, internetsivut, myyjät, jakelijat, pakkaukset, esillepanot)
- julkisiin lähteisiin (massamedia, kuluttaja-arvioita tekevät organisaatiot)
- kokemuksellisiin lähteisiin (testaaminen, kokemuksiin ja tuotteen käyttämiseen).

Kaikista arvostetuimpina lähteinä pidetään henkilökohtaisia ja julkisia lähteitä niiden puolueettomuuden takia. Kaupalliset lähteet tarjoavat kuitenkin usein eniten tietoa tuotteista. Myös internet on muuttanut tiedon etsintää. (Kotler & Keller 2006, 192)

Liikenteen henkilökorvauksissa informaatiota voidaan vakuutusyhtiön näkökulmasta levittää joko sisäiseksi lähteeksi tai ulkoiseksi lähteeksi. Sisäiseksi lähteeksi informaatiota esimerkiksi hoitolaitoskumppaneista voidaan tarjota jo ennen vahinkoa. Tällöin tavoitteena on, että kun vahinko sattuu, vahingonkärsinyt tietää, että hän voi hakeutua suoraan vakuutusyhtiön kumppanille hoitoon, eikä hänen tarvitse mennä esimerkiksi julkiselle sektorille. Tällöin tieto siirtyy asiakkaan sisäiseksi lähteeksi. Usein kuitenkin vahingonkärsinyt alkaa etsiä tietoa hoitopaikoista vasta kun vahinko on sattunut, jolloin vakuutusyhtiö voi tarjota tietoa hoitopaikoista ulkoisena lähteenä.

On myös huomattu, että kaikki kuluttajat eivät etsi aina tietoa yhtä aktiivisesti kuin toiset. Usein noviisit, eli kuluttajat, jotka eivät ole kyseistä tuotetta tai palvelua kuluttaneet aiemmin, etsivät tietoa aktiivisemmin kuin kuluttajat, jotka ovat tottuneet kuluttamaan kyseistä tuotetta tai palvelua. (Solomon ym. 2006, 270) Liikenteen henkilövahingoissa tämä voi tarkoittaa sitä, että sellaiset vahingonkärsineet, jotka eivät ole joutuneet hakeutumaan hoitoon usein/aiemmin, etsivät tietoa aktiivisemmin kuin sellaiset vahingonkärsineet, jotka joutuvat käymään hoidossa usein.

Kuluttajat eivät tuotteista ja palveluista yhtä paljon, jolloin myös uuden informaation omaksuminen tuotteesta tai palvelusta on eri tasolla. (Peter & Olson 1996, 83) Vakuutukset mielletään usein vaikeasti ymmärrettäviksi ja hankaliksi asioiksi, joka vaikuttaa osaltaan kuluttajien informaation sisäistämistasoon ja informaation etsimishalukkuuteen.

Muuttuva markkinointi ja internet ovat muuttaneet tiedonhakua. Tiedonhakuun internetistä liittyy kaksi eri ulottuvuutta: se, että tietoa on saatavilla todella suuri määrä tietoa, mutta toisaalta se, että tehokkaat hakukoneet ja tiedon jäsentäminen ovat johtaneet siihen, että tieto on entistä useammin nopeasti hakijan ulottuvilla. (Salmenkivi ja Nyman 2007, 177-178)

### **3.2.3 Vaihtoehtojen arvioiminen**

Kuluttaja arvioi hankkimaansa informaatiota eri näkökulmien avulla. Arviointiin vaikuttavat esimerkiksi arvot ja asenteet sekä tuotteen tai palvelun eri ominaisuudet. Kuluttajan tulee siis löytää ne tekijät, joilla hän pystyy erottelemaan informaatiota, jota hän keräsi aiemmin. (Puusa ym. 2012, 148) Kuluttaja arvioi vaihtoehtoja omien preferenssiensä perusteella. Kuluttaja rajaa vaihtoehtoja vain niihin, jotka hän voi hyväksyä. Kuluttajalla saattaa esimerkiksi olla sellainen preferenssi, että hän ei valitse hoitolaitosta tai lääkäriä, joka hoitaa kaikenlaisia vammoja. Tämän sijaan hän haluaa valita sellaisen vaihtoehdon, jossa hänellä on mahdollisuus saada alan erikoisasiantuntija lääkäriseksi. Lopulta vaihtoehdot rajautuvat vain niihin vaihtoehtoihin, jotka ovat kuluttajalle preferenssien kautta mahdollisia. (Sheth 1981)

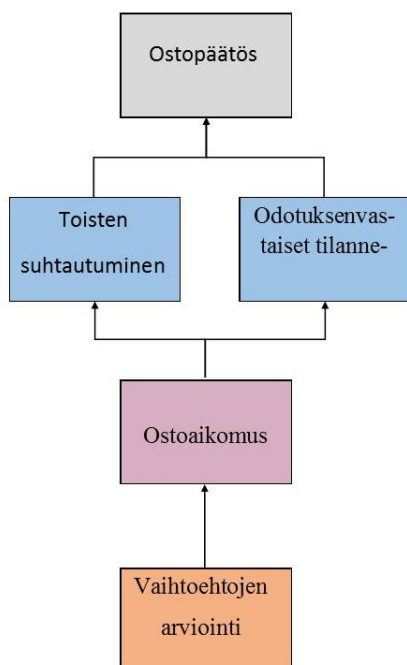
Arvot ja asenteet vaikuttavat siihen, miten kuluttaja arvioi vaihtoehtoja. Kuluttajille muodostuu erilaisia uskomuksia ja asenteita kokemusten ja oppimisen kautta, jotka heijastuvat ostokäyttäytymiseen. Kuluttajille muodostuu viitekehys ostokäyttäytymiseen asenteiden kautta. Kuluttajat myös arvostavat eri ominaisuuksia eri tavoin, heidän asenteista ja uskomuksista riippuen. (Kotler & Keller 2006, 193-194)

Kuluttaja pohtii vaihtoehtojen ominaisuuksia ja niistä hänelle koituvia hyötyjä. Kuluttajille toiset ominaisuudet voivat olla tärkeämpiä kuin toiset ja mielipiteet vaihtelevat kuluttajien välillä. Kuluttaja arvioi mielessään ominaisuudet eriarvoisiksi ja lopulta muodostaa mielipiteen siitä, minkä vaihtoehdon arvo on hänelle korkein. (Kotler & Keller, 2009, 249-251) Tuote- tai palveluominaisuuksien lisäksi kuluttaja arvioi vaihtoehtoja muiden tekijöiden avulla. Näitä tekijöitä ovat muun muassa hinta, tuotteen sijainti ja brändi. (Puusa ym. 2012, 148) Jos jokin ominaisuus on kuluttajalle liian huono, tulee sitä kompensoida jollakin muulla ominai-

suudella. Esimerkiksi hinta voi tuntua kuluttajasta liian kalliilta, mutta sitä voidaan kompensoida esimerkiksi nopeudella. (Sheth 1981).

### 3.2.4 Päätöksen tekeminen

Kotler ja Keller (2006) kuvaavat ostopäätöksen tekemistä kuvion 5 mukaan. He näkevät ostoaikeen ja ostopäätöksen välillä kaksi ulkopuolista tekijää, jotka vaikuttavat kuluttajan lopulliseen ostopäätökseen: toisten henkilöiden asenteet ja odotuksenvastaiset tilannekohtaiset tekijät. Tässä ostopäätösprosessin vaiheessa kuluttaja on jo tehnyt alustavan päätöksen vaihtoehtojen joukosta. Toisten asenteiden vaikuttavuus riippuu kahdesta seikasta: toisen henkilön negatiivisesta suhtautumisesta kuluttajan suosimaan vaihtoehtoon nähden ja kuluttajan motivaatiosta taipua toisen henkilön toiveisiin. Mitä lähempänä negatiivisesti suhtautunut henkilö on kuluttajaa, sitä enemmän hänen mielipiteensä muokkaavat kuluttajan ostoaietta. Toinen tekijä on odotuksenvastaiset tilannekohtaiset tekijät. Tällä Kotler ja Keller (2006) tarkoittavat tilannetta, jossa kuluttaja saattaa purkaa koko ostoaikeensa. Käytännössä tällainen tilanne voi syntyä, jos esimerkiksi kuluttajan olosuhteissa tapahtuu muutos, joka vaikuttaa ostopäätökseen, kuten esimerkiksi irtisanominen työpaikasta. (Kotler & Keller 2006, 196-198)



Kuvio 5 Vaiheet ostoaikeemuksen ja ostopäätöksen välillä (Kotler & Keller 2006, 197)



Kuluttaja voi kohdata erilaisia riskejä tehdessään ostopäätöstä. Kuluttaja voi kokea riskit eriarvoisiksi. Toiselle kuluttajalle taloudellinen riski voi olla erittäin suuri kun taas toiselle taloudellisella riskillä ei ole merkitystä. Kotler ja Keller (2006, 198) jakoivat riskit kuuteen luokkaan:

- Funktionaaliset riskit: tuote ei vastaa odotuksia
- Fyysiset riskit: tuote uhkaa fyysistä hyvinvointia tai terveyttä
- Taloudelliset riskit: tuote ei ole hintansa arvioinen
- Sosiaaliset riskit: tuotteen ostaminen johtaa noloistumiseen
- Psykologiset riskit: tuotteen ostaminen vaikuttaa henkiseen hyvinvointiin
- Ajalliset riskit: väärän valinnan tekeminen (tuotteen huonous) johtaa siihen, että kuluttajan täytyy alkaa etsiä toista tuotetta.

Kokonaisriskin määrä riippuu siitä, kuinka paljon rahaa kuluttaja on tuotteeseen laittanut, tuotteen epätavallisista ominaisuuksista ja kuluttajan itseluottamuksesta. (Kotler & Keller 2006, 198) Liikenteen henkilökorvauksissa kuluttajan kokonaisriskiin vaikuttaa se, että mikäli hoitoonohjaus on tehty vakuutusyhtiön toimesta, taloudellinen riski häviää kuluttajan osalta. Taloudellinen riski siirtyy vakuutusyhtiön kannettavaksi. Myös muilla riskeillä on merkitystä asiakkaan hoitolaitosvalintaan. Mikäli hoito ei vastaakaan asiakkaan odotuksia, kyseessä on funktionaalinen riski. Henkilövahingoissa myös fyysiset riskit ovat merkittäviä. Riski siitä, että hoito ei ole oikeanlaista on aina olemassa. Joskus asiakas lähtee kumppanille hoitoon pitkäkin matkan päähän. Lääkärikäynnit tulee sijoittaa vapaa-ajalle, joten niistä ei pääsääntöisesti korvata ansionmenetyskorvauksia. Tämä johtaa ajallisen riskin kasvamiseen.

Kuluttaja voi olla hyvin uskollinen jollekin tietylle ostopaikalle. Uskollisuus tiettyyn ostopaikkaan voi johtua useasta syystä: sijainnista, valikoimasta, havaitusta hintatasosta, tarjotusta palveluista sekä tunnelmasta. Kuluttajalle voi olla esimerkiksi tärkeää, että ostopaikka on sijainniltaan häntä lähellä. (Dubois 2000, 241) Hoitoonohjauksissa sijainnin merkitys saattaa johtaa siihen, että jotkut asiakkaat eivät halua lähteä vakuutusyhtiön osoittamaan hoitolaitokseen sen takia, että lähempää löytyisi toinen vaihtoehto, joka ei kuitenkaan olisi vakuutusyhtiön kumppani. Jotkut asiakkaat ovat myös voineet tottua käymään hoidossa tietyssä hoitopaikassa eivätkä he haluaisi vaihtaa lääkäriä. Tämä vastarinta voi vaikuttaa hoitoonohjauksen lopputulemaan.

Aina päätöksen tekeminen ei johda ostopäätökseen. Tilanne voi olla myös se, että informaation etsimisen ja vaihtoehtojen arvioimisen jälkeen kuluttaja päättää, että hän ei tee ostosta. Tällöin on keskityttävä siihen, että miksi kuluttaja teki tällaisen päätöksen. Tämä korostuu etenkin uusien tuotteiden ja palveluiden osalta. (Puusa ym. 2012, 148)

### **3.2.5 Päätöksen arviointi**

Kuluttajan ostopäätösprosessi ei lopu siihen, että kuluttaja ostaa tai kuluttaa haluamansa tuotteen tai palvelun. Kuluttaja arvioi kuluttamaansa tuotetta tai palvelua ja tämä vaikuttaa kuluttajan ostopäätöksiin tulevaisuudessa. (Dubois 2000, 247) Tyytyväisyys ostopäätökseen johtaa siihen, että kuluttaja on tyytyväinen myös kulutukseensa. Tämä tyytyväisyys taas johtaa siihen, että kuluttaja uusii ostoksensa herkemmin ja kertoo siitä muille. (Heitmann, Lehmann ja Herrmann 2007)

Kuluttajat kokevat kulutuksen jälkeen joko tyydytystä tai tyytymättömyyttä eli he ovat joko tyytyväisiä tai tyytymättömiä tuotteen tai palvelun laatuun. Tyytyväisyydellä tarkoitetaan psykologista tilaa joka syntyy odotusten ja toteuman välillä. Kuluttajalla on siis ollut odotuksia tuotteeseen tai palveluun nähden ja mikäli toteutunut arvo on ollut samalla tai paremmalla tasolla kuin odotukset, asiakas on tyytyväinen. Jos taas kuluttaja odotti tuotteelta tai palvelulta enemmän kuin mitä lopulta sai, kuluttaja kokee tyytymättömyyttä. (Dubois 2000, 247)

Mikäli kuluttaja on ollut tyytyväinen tuotteeseen tai palveluun, hän tulee todennäköisemmin tekemään saman ostopäätöksen uudestaan. Vastaavasti mikäli kuluttaja ei ole ollut tyytyväinen, hän ei luultavasti tule tekemään samaa päätöstä toista kertaa. Tyytyväisyyden ja uskollisuuden välillä ei kuitenkaan ole aukotonta, suoraa yhteyttä. (Dubois 2000, 247)

Mikäli asiakas on tyytyväinen päätökseensä, hänelle voi jäädä positiivinen muistikuva palvelusta. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaalle jää sisäisiin lähteisiinsä voimakas muistikokemus hoitolaitoksesta. Mikäli asiakas tai hänen tuttunsa loukkaantuu uudestaan liikennevahingossa tai tarve lääkärikäynnille herää muun syyn takia uudestaan, asiakkaan uuteen päätökseen vaikuttaa kyseinen positiivinen muistikokemus. Jatkuvuuden takia on siis tärkeää, että asiakas kokee palvelun hyväksi ja menee jatkossakin hoitoon kumppanille.

### 3.3 Päätöksenteon taustalla vaikuttavat tekijät

Edellisessä kappaleessa perehdyttiin kuluttajan ostopäätösprosessiin viiden eri vaiheen avulla. Aina ostopäätösprosessi ei ole näin yksinkertainen, vaan sen taustalla vaikuttavat useat muut tekijät. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi palvelun tai tuotteen luonne, ympäristötekijät, kuluttajan persoonallisuus ja viiteryhmät. (Puusa ym. 2012, 149). Näihin taustalla oleviin tekijöihin perehdytään seuraavaksi.

#### 3.3.1 Tuotteen tai palvelun merkityksen vaikutus

Kaikki tekemämme päätökset eivät ole yhtä tärkeitä ja osa päätöksistä tehdään rutiininomaisesti kun taas joihinkin päätöksiin käytetään huomattava määrä aikaa. Solomonin ym. mukaan päätöksentekotyypit voidaan jaotella kolmeen osaan: laajennettuun ongelmanratkaisuun, rajoittuneeseen ongelmanratkaisuun ja tavanomaiseen ongelmanratkaisuun. Laajennetussa ongelmanratkaisussa käytetään enemmän aikaa panoksia kun taas tavanomaiseen ongelmanratkaisuun vähiten. (Solomon ym. 2006, 261) Päätöksentekoon vaikuttaa myös, se minkälaiseksi kuluttaja kokee päätöksen, tekeekö hän sen mielellään vai pakosta (Isen 2008).

Laajennettu ongelmanratkaisu vastaa parhaiten perinteiseen päätöksenteon näkökulmaan. Sitä käytetään yleensä silloin, kun päätökseen liittyy korkea riski ja osallisuus. Kuluttaja pyrkii saamaan mahdollisimman paljon informaatiota sekä sisäisistä lähteistä (muisti) että ulkoisista lähteistä. Kuluttaja arvioi eri vaihtoehtoja jatkuvasti ja käyttää harkintavaiheeseen paljon aikaa. Hän saattaa myös konsultoida alan osajia (kuten liikkeen henkilökuntaa) ennen päätöksen tekemistä. Rajoittuneen ongelmanratkaisun piirteitä ovat nopeus ja yksinkertaisuus. Kuluttaja ei tällöin ole motivoitunut etsimään tietoa eri lähteistä tai arvioimaan vaihtoehtoja. Usein päätös tehdään jo ostopaikassa ja päätöksen tekoon ei käytetä juurikaan aikaa. Kuluttaja kuitenkin arvioi valintaa hieman enemmän kuin tavanomaisessa ongelmanratkaisussa. Tavanomainen ongelmanratkaisu käytetään sellaisissa tilanteissa, joissa kuluttaja ei pohdi tietoisesti ollenkaan ratkaisuaan. Ostopäätös voi esimerkiksi olla täysin automaattinen ja rutiininomainen, jolloin kuluttaja ei välttämättä edes huomaa tehneensä päätöstä. Tavanomainen ongelmanratkaisu on tehokas tapa toimia ja minimoi kuluttajan käyttämän ajan ja energian. (Solomon ym. 2006, 261–262)

Mikäli kuluttaja kokee päätöksentekotilanteen positiiviseksi asiaksi, hän on valmis kuluttamaan enemmän aikaa vaihtoehtojen arvioimiseen ja ottaa tarkasteluun useampia vaihtoehtoja. He tekevät usein päätökset nopeammin ja tehokkaammin. Esimerkiksi osa kuluttajista kokee auton osto- tilanteen mielenkiintoiseksi ja positiiviseksi asiaksi, kun taas jotkut voivat kokea sen epämiellyttäväksi. (Isen 2008) Mikäli ostotilanne ei houkuttele kuluttajaa, hän voi jäädä pohtimaan asiaa pitemmäksi ajaksi eikä hän välittämättä jaksaa tai halua etsiä tietoa asiasta. Päätös voi kuitenkin olla kuluttajalle erittäin merkittävä ja sisältää paljon riskejä.

Kunkin kuluttajan osalta on arvioitava erikseen, onko päätös hänelle kuinka merkittävä. Osa liikenteen henkilökorvausasiakkaista saattaa kokea hoitolaitosvalinnan helppona ja lähes rutiininomaisena kun taas jotkut asiakkaat voivat käyttää vaihtoehtojen arviontiin huomattavan määrän aikaa. Tähän voi vaikuttaa esimerkiksi vammojen vaikeus tai tyypillisuus ja asiakkaan aiemmat hoitolaitoskokemukset.

### 3.3.2 Ympäristötekijät

Vallitsevalla ympäristöllä on merkitystä kuluttajan päätökseen. Ympäristöön liittyvät tekijät voidaan jaotella Puusan ym. (2012, 150) mukaan neljään eri kategoriaan:

- 1) Sosiokulttuuriset tekijät
- 2) Teknologiset tekijät
- 3) Ekonomiset/kilpailulliset tekijät
- 4) Poliittiset/ lainsäädännölliset tekijät.

Sosiokulttuurisilla tekijöillä tarkoitetaan yhteiskunnassa vallitsevaa trendiä, arvoja ja normeja. Teknologisilla tekijöillä taas tarkoitetaan esimerkiksi teknologista infrastruktuuria. Ekonomiset ja kilpailulliset tekijät liittyvät yleiseen taloustilanteeseen ja rahan hintaan. Poliittisilla ja lainsäädännöllisillä tekijöillä tarkoitetaan nimensä mukaisesti lainsäädäntöä ja poliittisesti tehtyjä kilpailutilanteita, kuten monopoleja tai muita asiakkaan käyttäytymistä ohjaavia tekijöitä. (Puusa ym. 2012, 150)

Ympäristö voidaan käsittää myös kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö. Kulttuurisella ympäristöllä tarkoitetaan sitä, että kuluttajan käyttäytymistä ohjailee piirteet, arvot ja asenteet, jotka ovat opittu kulttuurin kautta, kulttuurissa eläessä ja toimiessa. Kuluttajat kuuluvat erilaisiin

ryhmiin, joilla on vaikutusta kuluttajan käyttäytymiseen. Tällaisia ryhmiä voivat olla esimerkiksi perhe, kaveripiiri, työyhteisö tai harrastuspiiri. Joskus kuluttaja ei kuulu tällaiseen ryhmään, mutta haluaisi kuulua. Tällöin vaikutus on samalainen kuin hän kuuluisi ryhmään. (Puusa ym. 2012, 151)

Kulttuurin kautta opittuja arvoja ja asenteita voidaan kuvata Puusan ym. (2012, 151–153) mukaan Hofsteden vuonna 2001 esittämän viiden kulttuuridimension avulla. Nämä dimensiot ovat valtaetäisyys, individualismi vs. kollektivismi, maskuliinisuus vs. feminiinisyys, epävarmuuden välttäminen ja pitkän vs. lyhyen aikavälin suuntautuminen. Valtaetäisyydellä tarkoitetaan sosiaalista eriarvoisuutta ja vallan epätasaista jakautumista. Individualismilla vs. kollektivismilla viitataan taas yksilön suhteeseen yhteisöön, jossa hän elää. Individualistia korostavissa kulttuureissa uskotaan, että yksilöt pärjäävät ja tekevät päätöksiä yksin kun taas kollektiivissa yhteisöissä päätökset tehdään yhdessä. Esimerkiksi läheiset perhesuhteet ovat voineet luoda kollektiivisen kulttuurin, jolloin yksittäisen kuluttajan on vaikeampi tehdä itsenäisiä päätöksiä. Maskuliinisuudella vs. feminiinisuudella kuvataan yhteisön suhtautumista sukupuolten välisiin eroihin. Epävarmuuden välttämällä viitataan siihen, että kuinka epävarmuuteen suhtaudutaan yhteisössä. Jos epävarmuutta ei siedetä, laaditaan usein erilaisia sääntöjä ja ohjeita, kun taas epävarmuutta sietävämmissä yhteisöissä toiminta on rennompaa. Pitkän vs. lyhyen aikavälin suuntautuminen tarkoittaa sitä, että miten yhteisö suhtautuu sellaisiin arvoihin, kuten sinnikkyys, perinteiden vaaliminen, uusiin tilanteisiin sopeutuminen ja säästäväisyys. (Puusa ym. 2012, 151–153)

### **3.3.3 Persoonalliset tekijät**

Yksi merkittävimmistä tekijöistä ostopäätöksen takana ovat persoonalliset eli demografiset tekijät, motivaatiotekijät ja asenteet (Puusa ym. 2012, 150). Demografisia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, koulutus ja varallisuus (Puusa ym. 2012, 150). Iän vaikutus näkyy esimerkiksi vanhempien henkilöiden osalta siinä, että vanhemmilla kuluttajilla ei ole yhtä paljon muistikapasiteettia ja he prosessoivat informaatiota hitaammin kuin nuoremmat aikuiset (John & Cole 1986)

Motivaatiotekijöitä tarkistellaan usein Maslowin tarvehierarkian avulla. Maslowin tarvehierarkian perusteella kuluttajan tulee olla tyydyttännyt perustarpeensa ennen kuin hän alkaa tyydyttää muita, ”korkeatasoisempia” tarpeita. (Puusa ym. 2012, 150)

Myös asenteet vaikuttavat kuluttajan ostopäätökseen. Asenteet voidaan jakaa kolmeen ryhmään: kognitiivisiin asenteisiin, affektiivisiin asenteisiin ja konatiivisiin asenteisiin. Kognitiiviset asenteet ovat ihmisen päätöksenteon taustalla olevat rationaaliset asenteet. Kognitiivisten asenteiden avulla kuluttaja arvioi tuotetta tai palvelua faktojen ja mitattavissa olevien järkiperusteiden avulla. Affektiiviset asenteet liittyvät tunneperäisiin asenteisiin. Tunneperäisen asenteen voi synnyttää esimerkiksi tarve näyttää muille jotakin eli esimerkiksi statuksen hakeminen. Konatiiviset asenteet liittyvät käyttäytymiseen. Konatiivinen asenne vaikuttaa siis kuluttajan käyttäytymiseen. Tilanne voi olla esimerkiksi sellainen, että asiakas on arvioinut tuotetta tai palvelua kognitiivisesti (tuote on laadultaan hyvä) ja affektiivisesti (tuote on katuuskottava), mutta konatiivinen asenne, kuten esimerkiksi rahan puute, estää tuotteen tai palvelun ostamisen. (Puusa ym. 2012, 151)

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO

### 4.1 Empiirinen tutkimus

Tutkimus voi olla joko teoreettista tai empiiristä. Teoreettisessa tutkimuksessa pyritään löytämään jotakin uutta tieteellistä tietoa ja uusia menetelmiä ilman, että päämääränä ovat käytännön sovellutukset. Empiirinen tutkimus pyrkii taas itsenäiseen ja omaperäiseen tiedon etsintään, mutta samaan aikaan nojaututaan teoreettisen tutkimuksen tuloksiin. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 20) Tässä tutkielmassa hyödynnetään empiiristä tutkimusta. Pyrkimyksenä on löytää eksaktisti tähän tapaukseen liittyvää tietoa, mutta taustalla tutkimusta ohjailevat aiemmat teoreettiset tulokset. Tieteellinen tieto on tietoa, joka korjaa itseään jatkuvasti ja tiedon on oltava sellaista, jota voi todentaa eli verifioida. Mikäli tieto on väärää, se kumoutuu. Tieteelliselle tiedolle on siis ominaista, että se rakentuu kerroksittain, vanhalle perustalle. (Metsämuuronen 2003, 3) Empiirisen tutkimuksen avulla voidaan siis testata aiemman tietouden paikkansapitävyyttä.

Empiirisen tiedon kerääminen ei kuitenkaan itsessään tuota tiedettä, vaan tiedosta pitää osata tehdä oikeat *johtopäätökset*. Johtopäätöksiin johtava pohdinta tehdään tavallisesti joko deduktiivisesti tai induktiivisesti. *Deduktiiviselle päättelylle* tunnuksenomaista on se, että yleisestä tilanteesta edetään yksittäiseen tilanteeseen, kun taas *induktiivisessa päättelyssä* edetään päinvastoin eli yksittäisestä tilanteesta yleistykseen (Holopainen & Pulkkinen 2015, 13-14). Tämä tarkka jaottelu ei ole ainoa totuus, mutta tällainen erottelu auttaa ymmärtämään päättelyprosessien eroja (Metsämuuronen 2003, 243). Tässä tutkimuksessa päättelyn tyyli on deduktiivista, sillä yleisestä teoriasta pyritään pääsemään tarkempaan, yksittäiseen tilanteeseen ja siinä esiintyvään tietoon.

Johtopäätösten tekemisessä hyödynnetään tieteellisiä menetelmiä. Tieteellisten menetelmien tulee olla loogisia, objektiivisia, yleistettäviä, todennettavia ja tieteellisiltä menetelmiltä vaaditaan yhteensopivuutta teorian ja havaintojen kanssa. Menetelmien avulla kerätään tietoa muun muassa ihmisistä, luonnosta ja yhteiskunnasta. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 13)

Tässä tutkimuksessa tavoitteena on selvittää mitkä a) yhtiön omaan prosessiin liittyvät tekijät ja b) asiakkaan käyttäytymisen taustalla olevat tekijät vaikuttavat siihen, hakeutuuko asiakas hoitoon hoitolaitoskumppanille. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tutkitaan, että pitävätkö

teoriassa esitetyt käyttäytymiseen liittyvät taustatekijät paikkansa. Vakuutusyhtiön prosessin kannalta pyritään luomaan uutta tietoutta kuluttajan käyttäytymiseen liittyen, sillä siitä ei ole olemassa vielä tieteellistä tietoa.

## 4.2 Tutkimusote

Empiirinen tutkimus voidaan jakaa kvalitatiiviseen tutkimukseen ja kvantitatiiviseen tutkimukseen. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 20) Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus nähdään perinteisesti toistensa vastakohtina. On kuitenkin huomattu, että itse asiassa näiden kahden ääripään välillä voi olla myös välimuotoja ja samassa tutkimuksessa voidaan nähdä sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia piirteitä. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus ovat siis enemmänkin lähestymistapoja, joita on hankala erottaa toisistaan käytännössä. Lähestymistapojen välillä on kuitenkin eroja, joiden avulla tutkimuksessa tehtävät strategiset valinnat on helpompi hahmottaa. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2004, 126–127)

Tutkielmaa tehdessä tutkijan on valittava lähestymistapa, jolla hän lähestyy tutkimusta. Tutkijan on hyvä kysyä itseltään, että mikä menettely (kvalitatiivinen, kvantitatiivinen vai niiden yhdistelmä) tuo parhaiten selvyyttä käsiteltäviin ongelmiin. Lopulta tutkija valitsee sen lähestymistavan, joka on hänen mielestään vakuuttavin. (Hirsjärvi ym. 2004, 128) Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena selittää kumppanilla käyntiä. Selittävää tutkimusta voidaan tehdä joko kvantitatiivisesti tai kvalitatiivisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 129). Tässä tutkimuksessa lähestymistavaksi valikoitui kvantitatiivinen lähestymistapa. Kvantitatiivisen lähestymistavan valinta oli luonnollinen, sillä kvantitatiivinen tutkimus vastasi paremmin tutkimusongelmien selvittämiseen. Seuraavaksi tutustutaan kvantitatiiviseen tutkimukseen tarkemmin.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Ajattelun taustalla on käsitys siitä, että todellisuus rakentuu objektiivisesti todetuista tosiasioista. Tätä käsitystä kutsutaan myös realistiseksi ontologiaksi. Kvalitatiiviselle tutkimuksella keskeistä on, että tutkimuksessa tehdään johtopäätöksiä myös aiemmista tutkimuksista. Aikaisempien teorioiden rooli on siis suuri. Näiden aiempien tutkimuksien myötä voidaan esittää hypoteeseja. Kvantitatiiviselle tutkimukselle ominaista on myös se, että muuttujat muodostavat taulukon ja aineistosta tehdään sellainen, että sitä voidaan analysoida tilastollisesti. Lopulliset johtopäätökset ja päätelmät perustuvat tilastolliseen analysointiin. Kvalitatiivisessa tutkimukses-



sa tuloksia kuvaillaan ja tulosten merkitsevyyttä tutkitaan tilastollisin keinoin. (Hirsjärvi ym. 2004, 130–131)

Kuten aiemmasta kappaleesta hyvin nähdään, tähän tutkimukseen on vaikuttanut merkittävästi kvalitatiiviset lähtökohdat. Tässä tutkimuksessa teoria ohjaa voimakkaasti esimerkiksi muut-  
tujen valintaa ja syy- seuraussuhteita tutkitaan tilastollisin menetelmin.

### 4.3 Tutkimusaineisto

Tutkimusprosessin alussa on määriteltävä, mikä tutkimuksen kohde. Tätä joukkoa sanotaan *perusjoukoksi*. Perusjoukko taas sisältää pienempiä *tutkimusyksiköitä*, tilastollisesti sanottuna *tilastoyksiköitä*. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 15) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen koh-  
teena ovat liikenteen henkilökorvausasiakkaat eli ne vakuutusyhtiön asiakkaat, jotka ovat saa-  
neet henkilövahinkoja liikennevahingossa, joka korvataan ko. yhtiössä. Tutkimusyksikkönä  
on vahingonkärsinyt. Jokainen vahingonkärsinyt muodostaa siis tutkimusyksikön.

Kun tutkimuksen perusjoukko eli kohde on määritelty, tulee päättää, että tehdäänkö tutkimus  
koko aineistoon eli kokonaistutkimuksena vai otantatutkimuksena, jossa tarkastellaan vain  
osaa perusjoukosta (Holopainen & Pulkkinen 2015, 29). Tässä tutkimuksessa perusjoukko on  
liikenteen henkilövahinkoja kärsineet asiakkaat ko. yhtiössä. Tutkimus tehdään otantatutki-  
muksena. Otantatutkimuksessa on tärkeää, että otos täyttää tietyt kriteerit. Jotta otos on edus-  
tava, otantayksiköiden ominaisuudet vastaavat perusjoukon vastaavia ominaisuuksia. Täydellistä otosta on kuitenkin hankala saada ja otoksesta lasketut tunnusluvut poikkeavat hieman  
perusjoukon tunnusluvuista ja tätä poikkeamaa sanotaan otantavirheeksi. (Holopainen &  
Pulkkinen 2015, 29) Tässä tutkimuksessa otannaksi on valikoitunut erään kuukauden aikana  
vahingoittuneet asiakkaat. Kuukausi on valittu niin, että sääolosuhteilla on mahdollisimman  
pieni vaikutus tutkimustulokseen. Kyseiseltä kuukaudesta otokseen otetaan kaikki vahingon-  
kärsineet. Otoksen reliabiliteettia ja validiteettia on pohdittu tässä kappaleessa myöhemmin.

Otantamenetelmiä on erilaisia. Otannat voivat perustua joko todennäköisyyteen (yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta tai ryväotanta) tai harkintaan (harkinnanvarainen otanta tai kiintiöotanta). (Holopainen & Pulkkinen 2015, 31–38) Tässä tut-  
kimuksessa on päädytty ottamaan tarkasteluun yksittäinen kuukausi keväältä 2015 ja sen ai-

kana vahingoittuneet asiakkaat. Kuukausi on valikoitu niin, että sääolosuhteilla tai vuoden ajalla olisi mahdollisimman pieni vaikutus tulokseen. Tämän lisäksi kuukausi on valittu niin, että asiakkaat ovat varmasti jo ehtineet hakeutua hoitoon ja toimenpiteisiin. Kumppaniyhteistyö kuitenkin kehittyy kokoajan jatkuvasti, joten kuukausi on valittu vuoden 2015 ajalta. Kyseistä kuukautta ei kuitenkaan voida tarkasti kertoa vahingoittuneiden tietosuojan varmistamiseksi. Kyseessä on siis harkinnanvarainen otanta.

Aineistoa kerätessä huomattiin, että osa tutkimusyksiköistä tuli ottaa pois lopullisesta aineistosta. Aineiston pohjalla oli listaus kaikista vahingoista, joissa oli ilmoitettu henkilövahingoista. Osassa vahingoista tilanne oli kuitenkin se, että asiakkaan ei ollut tarvinnut käydä kertaakaan lääkärissä. Nämä tutkimusyksiköt poistettiin otoksesta. Tämän lisäksi, kuten aiemmin tutkimuksessa on esitetty, liikenteen henkilökorvauksissa voi syntyä tilanne, jolloin jokin toinen vakuutus on ensisijainen liikennevakuutukseen nähden. Esimerkiksi, jos vahinko on satunut työmatkalla, korvaukset maksetaan ensisijaisesti työnantajan lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta. Tällaisissa tilanteissa myös liikennevakuutuksesta voidaan korvata korvauksia, joita tapaturmavakuutuslain mukaan ei korvata ja näin vahinko rekisteröityy myös liikenteen henkilövahingoksi. Tällöin liikennevakuutusyhtiöllä ei kuitenkaan ole päätäntävaltaa asiakkaan hoitopaikasta. Lopullisesta aineistosta siis poistettiin myös tutkimusyksiköt, joissa asiakas oli ollut työmatkalla tai työssä. Tähän rinnastetaan myös tilanteet, joissa vahingoittunut on ollut varusmiespalveluksessa vahingon sattuessa. Osassa vahingoista vahingonkärsinyt kuoli vahingon johdosta ja myös nämä tilastoyksiköt on poistettu lopullisesta aineistosta. Alkuperäisen aineiston koko oli 563 vahingoittunutta, joista lopulliseen aineisto muodostuu 387 vahingoittuneesta.

Mittaamisen avulla pyritään saamaan tietoa tilastoyksiköistä. Käytännössä tämä tapahtuu niin, että tilastoyksikön tarkasteltavaan ominaisuuteen liitetään mittaluku tai –symboli. Mittaasteikoilla taas kuvataan mittaamisen tasoa. Mitta-asteikot voivat olla luokitteluasteikkoja, järjestysasteikkoja, välimatka-asteikkoja tai suhdeasteikkoja. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 15) Luokitteluasteikolla tarkoitetaan sitä, että tilastoyksiköt luokitellaan ennalta määrättyihin luokkiin, mutta luokkien järjestyksellä ei ole merkitystä. Jokainen tilastoyksikön pitäisi kuulua ainoastaan yhteen luokkaan. Esimerkiksi sukupuolen ja kotikunnan mittausta ovat luokitteluasteikon tasoista mittausta. Järjestysasteikolla luokat on laitettu yksiselitteiseen järjestykseen. Järjestykseen voidaan laittaa vaikkapa sotilasarvon ja kauneuskilpailujen tulokset. Välimatka-asteikolla mitatuissa luokissa luokat ovat saman levyisiä ja välimatkat luokista toisiin

ovat yhtä suuria, esimerkiksi lämpötilaerot. Suhdeasteikolla taas tarkoitetaan luokittelua, jossa on absoluuttinen nollapiste ja sen avulla lasketaan lukujen suhteita. Suhdeasteikon tasoisesta mittauksesta esimerkkejä ovat kaupungin asukasmäärän ja lasten lukumäärän mittaaminen. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 15) Tässä tutkimuksessa kaikki muuttujat ovat luokitteluasteikollisia. Osa muuttujista olisi voitu tehdä myös muita luokitteluasteikkoja noudattaen. Tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin esimerkiksi iän kohdalla käyttämään luokitteluasteikkoa, sillä haluttiin varmistaa se, että yksittäisten vahingonkärsineiden henkilötiedot eivät olisi vaarassa paljastua. Luokitteluasteikkojen avulla tämä riski pienenee.

Mittaaminen kohdistuu aina johonkin muuttujaan, jotka voivat olla kvalitatiivisia tai kvantitatiivisia. Luokittelu- ja järjestysasteikot liittyvät kvalitatiivisiin muuttujiin ja välimatka- ja suhdeasteikot kvantitatiivisiin muuttujiin. Muuttujat voivat olla myös joko diskreettejä tai jatkuvia. Diskreetit muuttujat voivat saada ainoastaan yksittäisiä arvoja ja jatkuvat muuttujat voivat saada kaikki mahdolliset arvot tietyllä välillä. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 16)

Tässä tutkimuksessa selitettävä muuttuja on kumppanilla käynti. Muuttuja on kyllä/ei- muuttuja. Selittäviä muuttujia taas ovat:

- 1) ratkaisun tekemisen ajankohta
- 2) vakuutusyhtiön käyttämä asiointikanava
- 3) vahingoittuneen aktiivisuus vakuutusyhtiöön päin
- 4) asuinpaikkakunta
- 5) sukupuoli
- 6) ikä
- 7) vammaluokka
- 8) asema.

Hoitolaitoskäynneistä kerätään dataa siitä, että missä asiakas on käynyt lääkärinhoidossa. Peruskäyntiin kuuluu myös tavanomaiset ja yksikertaiset toimenpiteet kuten röntgenkuvaukset ja kipsaukset. Osa asiakkaista on saattanut käydä peruskäynnillä useammassa paikassa. Tyyppillistä on esimerkiksi, että asiakas käy ensihoidossa julkisella sektorilla, jonka jälkeen hän hakeutuu kumppanille hoitoon. Peruskäyntien lisäksi tietoa kerätään siitä, että missä asiakas on käynyt mahdollisessa toimenpiteessä. Toimenpiteellä tarkoitetaan hoitotoimenpidettä, johon tulisi pyytää maksusitoumus vakuutusyhtiöltä. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi

MRI- kuvaukset ja leikkaukset. Tässä tutkimuksessa perus- ja maksusitoumuskäyntejä ei ole eritelty erikseen vaan käyntejä tutkitaan ainoastaan sillä tarkkuudella, että onko asiakas käynyt hoidossa kumppanilla vai ei.

Hoitolaitoskäyntejä yritetään selittää vakuutusyhtiön prosessiin liittyvillä tekijöillä. Tässä tutkimuksessa kerätään tietoa siitä, että milloin vahingossa on tehty ratkaisu henkilövahinkojen korvattavuudesta ja miten asiakkaan kanssa on asioitu. Ratkaisun tekemisen ajankohdalla tarkoitetaan sitä, että kuinka kauan vakuutusyhtiöllä kesti tehdä ratkaisu henkilövahinkojen korvattavuudesta vahingon jälkeen. Ratkaisun tekemisen ajankohta luokitellaan kuuteen eri luokkaan. Ratkaisu on voitu tehdä vahinkopäivänä, 1-2 vrk vahinkopäivästä, 3-7 vrk vahinkopäivästä, 8-14 vrk vahinkopäivästä, 15-30 vrk vahinkopäivästä tai yli 30 vrk vahinkopäivästä. Ratkaisun tekemisajankohtana on se päivä, joka on merkitty vahinkojärjestelmään. Tämän lisäksi vakuutusyhtiön prosessista tutkitaan sitä, onko asiakkaaseen oltu yhteydessä puhelimitse, sähköpostilla, kirjallisesti vai ei mitenkään. Mikäli asiakkaaseen on oltu yhteydessä useamman eri kanavan kautta, puhelin on aina ensisijainen muihin nähden. Toisin sanoen muilla kanavilla ei ole merkitystä, jos asiakas on tavoitettu puhelimitse. Mikäli asiakkaaseen on oltu yhteydessä sekä kirjallisesti että sähköpostilla, on arvoksi valittu se kanava, jonka on ollut pääsääntöinen yhteydenottokanava.

Vahingoittuneesta kerätään tietoja, jotka liittyvät sekä asiakkaan käyttäytymiseen että asiakkaan tietoihin. Vahingoittuneesta kerätään tieto, onko vahingonkärsinyt ollut yhteydessä vakuutusyhtiöön ennen ensimmäistä lääkärikäyntiään. Tämä muuttuja liittyy asiakkaan informaation etsimiseen. Asiakkaasta kerätään myös tiedot hänen sukupuolesta. Ikä on jaoteltu kuuteen eri luokkaan: 0-14 vuotiaat, 15-17 vuotiaat, 18-25 vuotiaat, 26-40 vuotiaat, 41-62 vuotiaat sekä yli 63 vuotiaat. Asuinpaikkatiedot on kerätty maakunnittain tietosuojan varmistamiseksi. Tämän lisäksi vahingoittuneista kerätään tiedot vammojen vakavuudesta. Liikenevakuutuslautakunta julkaisee vuosittain vammaluokka- jaottelun, jonka mukaan vakuutusyhtiö antaa päätöksen asiakkaalle hänen vammojen vakavuudesta ja maksaa määritellyn korvauksen. Vahingoittuneen asemalla tarkoitetaan sitä, että onko asiakas ollut vahingossa syyllisen ajoneuvon kuljettaja vai matkustaja, syyttömän ajoneuvon kuljettaja vai matkustaja vai autoista ulkopuolinen eli kevyttä liikennettä. Tämän muuttujan tarkoituksena on kuvata sitä, että osa liikenteen henkilövahingon kärsineistä ei ole niin sanotusti kyseisen yhtiön omia asiakkaita ja tarkoituksena on tutkia, onko sillä merkitystä hoitolaitoskäynteihin.

Tässä tutkimuksessa kaikki muuttujat ovat luokitteluasteikollisia. Ratkaisuntekoon liittyvä muuttuja ja ikä voidaan kuitenkin nähdä myös järjestysasteikollisena muuttujana, sillä luokat voidaan järjestää ajalliseen järjestykseen. Luokitteluasteikollisten muuttujien käyttö rajaa käytettäviä analysointimenetelmiä, mutta tutkimuksen toteutumisen kannalta oli tärkeää, että asiakkaiden tietoturva pysyy voimassa. Jos aineistoon olisi esimerkiksi valikoitunut todella pienestä kunnasta vakavasti loukkaantunut henkilö, olisi hänen tietoturvansa voinut vaarantua. Tietoturvan säilymisen takia myöskään kyseisen vakuutusyhtiön nimi tai yksityiskohtainen aineisto eivät ole julkisia.

## 4.4 Analyysimenetelmät

Tutkimuksen aineistoa analysoidaan, jotta saadaan selville muuttujien riippuvuussuhteet. Analysointi tapahtuu ristiintaulukoinnin ja khiin neliötestin avulla. Tämän lisäksi aineistoa tutkitaan regressioanalyysin keinoin. Seuraavaksi tutustutaan kyseisiin analyysimenetelmiin tarkemmalla tasolla.

### 4.4.1 Ristiintaulukointi ja Khiin neliötesti

Ristiintaulukoinnissa taulukoidaan kaksi muuttujaa yhtä aikaa. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan nähdä kahden muuttujan välinen yhteys. Ristiintaulukointi on kuitenkin hyvin alkeellinen menetelmä muuttujien välisen yhteyden havainnollistamiseksi. Khiin neliötestin avulla pystytään saamaan eksaktimpaa tietoa riippuvuussuhteista. Khiin neliötestin avulla pystytään tutkimaan johtuivatko erot ryhmien välillä sattumasta vai onko niiden välillä todellista eroa. (Metsämuuronen 2002, 28-31)

Khiin neliötesti mittaa sitä, onko kahden muuttujan välillä riippumattomuutta. Khiin neliötestissä hypoteesina on siis, että muuttujien välillä ei ole riippuvuutta. Khiin neliötestissä reuna-  
jakaumien avulla lasketaan jokaisella solulle odotettu frekvenssi (E). Odotetulla frekvenssillä tarkoitetaan sitä frekvenssiä, joka tulisi, mikäli muuttujat ovat toisistaan riippumattomia. Odotetun frekvenssin lisäksi khiin neliötestissä tarvitaan havaittu frekvenssi (O), joka on solussa oleva aito frekvenssi. Odotettujen ja havaittujen frekvenssien avulla muodostetaan kontingenssi- taulukko. Tämän jälkeen voidaan laskea khiin neliö- arvon, joka lasketaan alla olevan kaavan mukaisesti. Testisuureen arvo on sitä isompi, mitä enemmän odotetun frekvenssin

arvo eroaa odotetusta frekvenssistä.)Khiin neliö testin tuloksena syntyvää arvoa verrataan toisiin vastaaviin lukuihin. Arvioinnin mahdollistamiseksi lasketaan testisuurelle myös vapausasteet (df). Khiin neliötestissä saatua arvoa verrataan khiin neliö- jakaumaan. Vertauksen avulla voidaan päätellä ovatko muuttujat keskenään riippuvaisia. (Metsämuuronen 2002, 31-33)

Khiin neliö- testeihin liittyy eräitä oletuksia, jotta tuloksia voidaan pitää valideina. Odotetuista frekvensseistä korkeintaan 20 % saa olla alle 5 ja pienimmän odotetun frekvenssin tulee olla 1. (Kirves 2013, 13) Mikäli khiin neliö- testin edellytykset eivät täyty, voidaan merkitsevyys laskea muiden eksaktimpien testien avulla.

#### **4.4.2 Logistinen regressioanalyysi**

Regressioanalyysi vastaa tarpeeseen selittää jonkin muuttujan vaihtelua (varianssia) toisien muuttujien avulla (Ketokivi 2013, 131). Tämä vuoksi regressioanalyysi vastaa hyvin tämän tutkimuksen tarpeisiin. Regressioanalyysia tehdessä on hyvä huomioda, että regressioanalyysin tarkoituksena on selittää selitettävän muuttujan varianssia. Selitettävien muuttujien varianssit ovat siis tyypillisesti regressioanalyysin ulkopuolella. (Ketokivi 2015, 131)

Regressioanalyysissa selitetään siis selittävien muuttujien yhteyttä selitettävään muuttujaan ja sitä, kuinka paljon selitettävän muuttujan vaihtelu selittyy selittävien muuttujien vaihtelulla. Regressioanalyysista on useita eri muotoja ja oikea muoto valikoituu muuttujien perusteella. (Ketokivi 2013, 134) Tässä tutkimuksessa tutkitaan sitä, että onko vahingonkärsinyt käynyt hoidossa yhtiön kumppanihoitolaitoksessa. Kyseessä on siis kyllä/ei- muuttuja. Tämän vuoksi regressioanalyysin malliksi valikoituu logistinen regressioanalyysi. (Ketokivi 2015, 135) Kun selitettävän muuttujan kategorioita on kaksi, kyseessä on binaarinen logistinen regressioanalyysi. Selittäjä- muuttujien tulee olla joko kaksiluokkaisia, jatkuvia tai järjestysasteikollisia. (Kirves 2013, 39)

Kun regressioanalyysia tehdään kaksikategorisella selitettävällä muuttujalla, täytyy huomioda muutama seikka lineaariseen regressioanalyysiin verrattuna. Logistisessa regressioanalyysissa selitettävän muuttujan arvo on todennäköisyys, jolla selitettävä muuttuja saa arvon 1. Tämä arvo on selitettävien muuttujien epälineaarinen funktio. Funktio voidaan saada myös lineaariseksi logit- muunnoksella. Linearisessa muodossa selitettävä muuttuja on kahden

todennäköisyyden osamäärän logaritmi ja osamäärää kutsutaan vetosuhteeksi. Vetosuhde kertoo siitä, kuinka moninkertainen selitettävän muuttujan arvo 1 todennäköisyys on arvon 0 todennäköisyyteen nähden. Logit- muunnoksen avulla mallin parametrien tulkinta helpottuu. (Ketojärvi 2013, 168)

Logistinen regressiomalli ei selitä suoraan varianssia, mutta sen avulla voidaan tutkia kaksikategorisen selitettävän muuttujan taustalla olevia todennäköisyyksiä. Jos selitettävän muuttujan toinen arvo on todennäköisempi kuin toinen, on logit- arvo positiivinen. Tämän avulla voidaan arvioida ennusteita. (Ketojärvi 2015, 169). Tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa sitä, että logistisen regressioanalyysin avulla voidaan tutkia minkälaiset taustamuuttujat vaikuttavat positiivisesti siihen todennäköisyyteen, että vahingonkärsinyt menee hoitoon kumppanihoitolaitokseen muihin kategorioihin verrattuna. Analyysia tehtäessä voidaan valita referenssikategoria, johon muita kategorioita verrataan (Kirves 2013, 39). Tässä tutkimuksessa referenssikategoriaksi valikoitui aina ensimmäinen kategoria. Mallissa voidaan tutkia myös mallin ennustetarkkuutta. Ennustetarkkuus mitataan oikeaan osuneiden ennusteiden määrää kaikista ennusteista. Tästä saadaan prosentuaalinen ennusteen osumatarkkuus. (Ketojärvi 2015, 169-170) Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tehdä ennustuksia, sillä niiden tekeminen ei palvele tutkimuksen tarkoitusta.

## **4.5 Luotettavuuden arviointi**

Tutkimusta tehdessä tutkijan on arvioitava tekemänsä tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Tieteellisessä keskustelussa ei kuitenkaan yleensä puhuta luotettavuudesta ja pätevyydestä vaan reliabiliteetista ja validiteetista (Ketojärvi 2015, 96-97). Periaatteessa sekä reliabiliteetilla että validiteetilla tarkoitetaan luotettavuutta, mutta käytännössä reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että kuinka toistettava tutkimus on. Reliaabeli tutkimus olisi siis toistettavissa niin, että tutkimustulokset olisivat eri mittauskerroilla melko samanlaisia. Validiteetilla taas tarkoitetaan sitä, että mitattiinko tutkimuksessa sitä, mitä oli tarkoitus mitata. (Metsämuuronen 2002, 11) Seuraavissa kappaleissa pohditaan tämän tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia.

### **4.5.1 Reliabiliteetti**

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan siis sitä, että onko tutkimus toistettavissa (Metsämuuronen 2002, 11). Ketojärvi (2015, 97) esittää kirjassaan kriteerikysymyksiä reliabiliteetin

pohtimiseksi. Reliabiliteettia pohtiessa voidaan kysyä tutkimuksen yleisen toistettavuuden lisäksi sitä, että mikä on tutkimuksen toistomittausreliabiliteetti ja mikä on tutkimuksen sisäinen yhdenmukaisuus. Kriteerikysymyksiä edellä mainittuihin dimensioihin ovat:

- 1) kuinka yhteneviä samasta kohteesta samalla mittarilla eri ajankohtina tehdyt mittaustulokset ovat?
- 2) kuinka yhdenmukaisia samasta kohteesta vaihtoehtoisilla mittareilla samana ajankohdana tehdyt mittaustulokset ovat? (Ketojärvi 2015, 97)

Tässä tutkimuksessa otos valikoitiin siten, että yhden kuukauden ajalta otokseen otettiin kaikki tilastoyksiköt. Otokseen liittyy ajallinen riski, sillä liikennevahinkojen luonne vaihtelee hieman vuodenajasta riippuen. Talvisin olosuhteiden merkitys kasvaa, kun taas kesäisin saataan liikkua enemmän autolla. Otos pyrittiin valitsemaan siten, että olosuhteilla olisi mahdollisimman pieni vaikutus tutkimustuloksien toistettavuuteen. Tästä huolimatta tulos saattaa olla erilainen, jos tutkimuksen otokseksi olisi valittu jokin toinen kuukausi tai jos otos olisi valittu niin, että jokaisesta kuukaudesta olisi valittu otokseen tietty määrä tilastoyksiköitä. Tämä olisi ollut kuitenkin tutkimuksen laajuuteen ja tarkoitukseen verraten liian monimutkaista, jonka vuoksi päädyttiin valitsemaan yksittäinen kuukausi otokseksi.

Ajankohdalla on myös se merkitys, että jotkin tilastoyksiköt olisivat mahdollisesti voineet saada eri arvoja, mikäli tutkimuksen aineisto olisi kerätty eri aikaan. Liikenteen henkilövahingoille ominaista on, että vahingon elinkaari on pitkä. Tämä tarkoittaa sitä, että vahingonkärsinyt saattaa hakeutua hoitoon pitkänkin ajan kuluttua vahingon sattumisesta. Jos aineisto kerättäisiin esimerkiksi vuoden kuluttua saman kuukauden vahingoista, tutkimusaineisto voisi olla erilainen. Vastaavasti, mikäli aineisto olisi kerätty saman kuukauden osalta useampi kuukausi aiemmin, kaikkia lääkärikäyntejä tai kontakteja asiakkaan ja vakuutusyhtiön välillä ei välttämättä olisi vielä syntynyt. Tämä vaihtelu pyrittiin minimoimaan siten, että kuukausi valittiin niin, että vahingonkärsineillä oli ollut huomattava määrä aikaa hakeutua hoitoon ennen aineiston keräämistä.

Toinen Ketojärven esittämä kysymys liittyi siihen, että kuinka toistettavissa tutkimus olisi, mikäli samasta kohteesta olisi kerätty tiedot vaihtoehtoisia mittareita käyttäen. Mittarit pyrittiin luomaan niin, että ne vastaisivat tarkoitustaan mahdollisimman hyvin. Kuitenkin, esimerkiksi asiakkaan aktiivisuutta vakuutusyhtiöön päin olisi voitu mitata myös siten, että onko



asiakas ollut yhteydessä vakuutusyhtiöön ennen ensimmäistä lääkärikäyntiään tai ennen jatkokäyntiä. Tällöin tutkimustulos olisi luultavasti ollut erilainen.

Huomioitavaa reliabiliteettiin liittyen on myös se, että aineisto kerättiin manuaalisesti vahinkokannasta. Manuaalinen tietojen kerääminen nostaa muuttujan virheellisen arvon mahdollisuutta. On luonnollista, että vaikka yrittäisi olla kuinka tarkka tahansa, voi aineistoon joutua vääriä arvoja. Tähän pyrittiin vastaamaan siten, että aineistoa kerätessä noudatettiin erityistä huolellisuutta. Mikäli jokin arvo tuntui vääraltä, se tarkistettiin. Myös esimerkiksi sukupuolen oikeellisuus tarkistettiin aineiston keräämisen jälkeen uudelleen henkilötunnusten avulla. Tutkimukseen on saattanut joutua yksittäisiä vääriä arvoja, mutta niiden määrä on mitä luultavimmin hyvin pieni, lähes olematon. Yksittäisten arvojen merkitys vähenee tutkimusaineiston tutkimusyksiköiden kokonaismäärän noustessa. Tässä tutkimuksessa tutkimusyksiköitä oli lopulta 387, joten yksittäisellä väärällä arvolla ei ole merkittävää vaikutusta tutkimustuloksiin.

Mittarit olivat sellaisia, että kukin tilastoyksikkö pystyi saamaan vain tietyn arvon muuttujaa kohti yhtä mittaria lukuun ottamatta. Asiointikanavan arvo määräytyi siten, että puhelimitse tapahtuva asiointi oli aina ensisijainen. Kirjallisen ja sähköpostilla tapahtuvat asioinnin väliltä arvo valittiin siten, että arvoksi valittiin se kanava, joka oli hallitsevampi. Hallitsevuus perustui omiin havaintoihini, joten on mahdollista, että joku toinen olisi voinut tulkita kanavan toiseksi. Muissa mittareissa sen sijaan ei ollut vaihtoehtoja vaan arvo määräytyi vahingoittuneen tai prosessissa tapahtuneen vaiheen perusteella järjestelmiä tutkien. Toki mahdollista on, että joltakin käsittelijältä olisi jäänyt laittamatta jokin merkintä rekisteriin, minkä vuoksi arvo voi mahdollisesti olla virheellinen.

#### **4.5.2 Validiteetti**

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että mitataanko tutkimuksessa sitä mitä on tarkoituskin mitata (Metsämuuronen 2002, 11). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia sitä, että mitkä muuttujat vaikuttavat asiakkaan hakeutumiseen hoitoon kumppanille. Muuttujien valinnalla on merkittävä rooli tuloksiin. Mikäli muuttujat olisi valittu toisin, tutkimustulos voisi olla erilainen.

Muuttujat valittiin teoriaan tutustumisen jälkeen. Selitettävä muuttuja valikoitui suhteellisen helposti. Selitettävä muuttuja oli se, että kävikö asiakas hoidossa kumppanilla vai ei. Aineistoa kerätessä pohdin sitä, että tulisiko muuttujan arvo kerätä kyllä/ei- periaatteella vai tulisiko arvoksi merkitä kumppanihoitolaitoskäyntien määrä. Aineistoa kerätessä tarkan lukumäärän kerääminen osoittautui kuitenkin hankalaksi ja tämän vuoksi päädyin keräämään tiedon ainoastaan siitä, että oliko asiakas käynyt hoidossa kumppanilla vai ei. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kumppanilla käynnin taustalla olevia tekijöitä, joten mielestäni tämä mittari kuvaa hyvin selitettävää muuttujaa.

Selittävät muuttujat valikoituvat osittain teorian pohjalta ja osittain omien havaintojeni perusteella. Liiketeen henkilökorvausprosessiin liittyvien muuttujien valita tapahtui lähes kokonaan aiemman kokemuksen perusteella. Koin, että kyseiset muuttujat voisivat selittää sitä, että haiketuuko asiakas hoitoon kumppanille vai ei. Myös teoreettinen pohja tuki näiden muuttujien valintaa. Prosessiin liittyviksi muuttujiksi valikoitui siis asiointikanava ja se, kuinka nopeasti ratkaisu henkilövahingon korvattavuudesta tehtiin yhtiössä.

Asiakkaan taustalla olevat muuttujat valikoituivat teoreettisen taustan sekä omien kokemusteni perusteella. Muuttujat olivat asiakkaan aktiivisuus vakuutusyhtiöön päin, asuinpaikka, sukupuoli, ikä, asema sekä vammaluokka. Näistä muuttujista asiakkaan aktiivisuus, asuinpaikka, sukupuoli ja ikä valikoituivat ensisijaisesti teoreettisen taustan perusteella ja asema ja vammaluokka valikoituivat omien kokemusteni perusteella.

Koen, että selittävät muuttujat kuvaavat suhteellisen hyvin selitettävää muuttujaa. Muuttujien valinnan jälkeen hyödynsin myös yhtiössämme olevaa asiantuntemusta ja kysyin kommentteja muuttujista sekä työn ohjaajalta yrityksen puolelta että kyseisen osaston palveluasiantuntijalta. Pohdimme, että mielenkiintoista olisi ollut tutkia myös esimerkiksi tulojen tai koulustausta vaikutusta selitettävään muuttujaan, mutta tämä olisi ollut käytännössä mahdoton toteuttaa. Vahinkorekisteristä ei olisi saatu kyseisiä tietoja kuin vain osan tutkimusyksikön osalta.

## 5 ANALYYSI

Aineisto koostuu 387 vahingoittuneen tiedoista ja jokaisesta vahingoittuneesta kerättiin selittävän muuttujan lisäksi tiedot kahdeksan muuttujan osalta. Muuttujat ja niiden luokat on kuvattu tämän tutkielman edellisessä kappaleessa. Seuraavaksi tässä tutkielmassa perehdytään tarkemmin yksittäisiin muuttujiin ja niistä saatuihin tietoihin. Tämän jälkeen muuttujia verrataan toisiinsa ja pyritään saamaan selville niiden väliset vaikutukset.

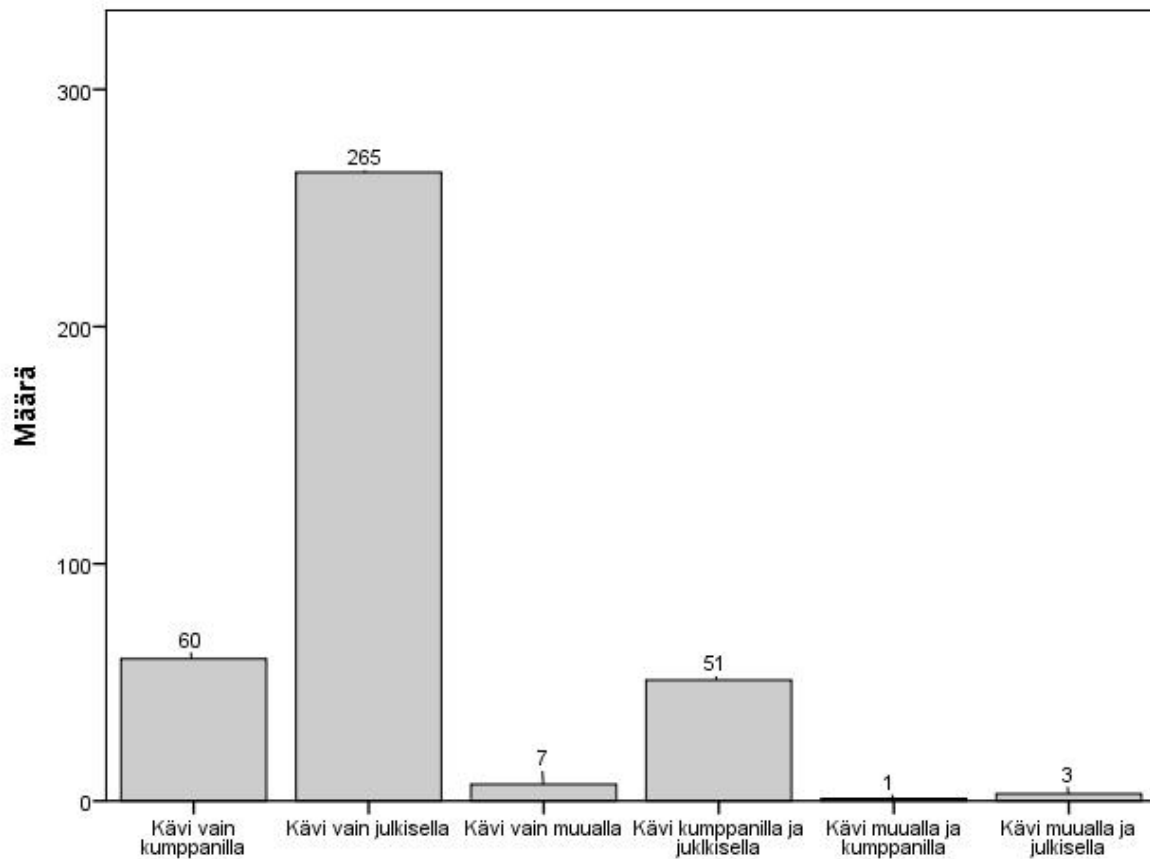
### 5.1 Aineiston kuvailu

#### 5.1.1 Lääkärikäynnit

Aineisto koottiin niin, että jokainen tutkimusaineiston tilastoyksikkö eli vahingoittunut kävi liikennevahingon johdosta lääkärin vastaanotolla. Vahingoittunut kävi hoidossa joko yhtiön kumppanihoitolaitoksessa, muussa yksityisessä hoitolaitoksessa tai julkisen sairaanhoidon piirissä. Mikäli vahingoittunut kävi enemmän kuin yhden kerran lääkärin vastaanotolla, hän saattoi käydä hoidossa useassa eri paikassa.

Kuviosta 6 selviää, kuinka lääkärikäynnit jakautuivat. Vain kumppanilla kävi hoidossa 60 vahingoittunutta, kun taas vain julkisella sektorilla kävi 265 vahingoittunutta. Sekä kumppanilla että julkisella sektorilla kävi 51 vahingoittunutta. Kumppanilla ja muussa yksityisessä hoitolaitoksessa kävi yksi vahingoittunut. Tämä johtaa siihen, että kumppanilla kävi yhteensä 112 vahingoittunutta 387 vahingoittuneesta. Prosentuaalisesti siis noin 29 % vahingoittuneista kävi hoidossa kumppanilla. Muualla kuin julkisella tai kumppanilla kävi suhteellisen pieni osuus vahingoittuneista.

Julkisella sektorilla käyneiden määrä on huomattavan iso. Tämä voi osittain selittyä sillä, että liikennevahinkotilanteessa paikalle saatetaan kutsua ambulanssi, joka ohjaa vahingoittuneen julkiselle sektorille. Määrässä on kuitenkin myös paljon potentiaalia. Yhtiön tahtotilana on saada yhä useampi hoitoon kumppanille, joten julkisella sektorilla kävijöistä voi saada huomattavan määrän asiakkaita yksityiselle puolelle. Vahingoittuneista ainoastaan 60 eli 15,5 prosenttia kävi vain kumppanilla hoidossa. Julkisella sektorilla kävi taas 319 vahingoittunutta eli 82,4 prosenttia vahingoittuneista. Osa julkisella käyneistä saatiin ohjattua jatkokäynneille yksityiselle sektorille, mutta optimaalinen tilanne olisi se, että he hakeutuisivat suoraan hoitoon kumppanille eivätkä kävisi ensin julkisella sektorilla hoidossa.



Kuvio 6 Lääkärikäyntien jakauma, n= 387

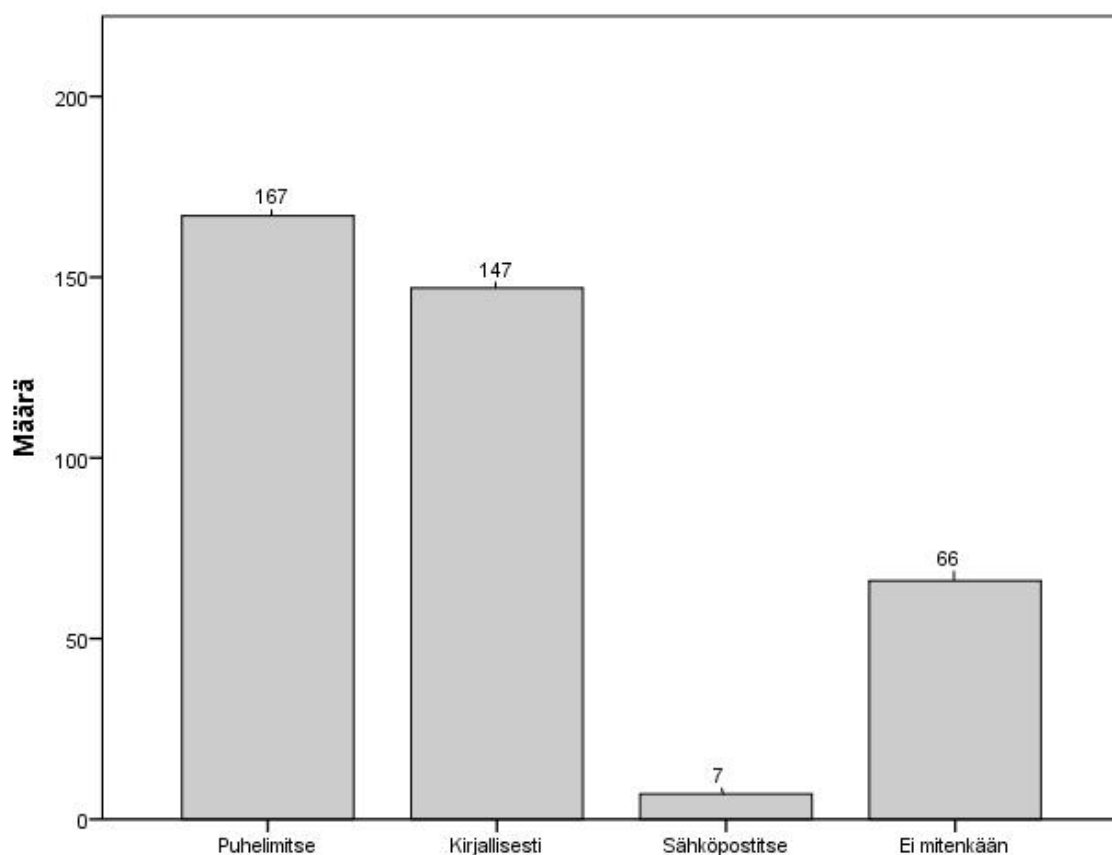
### 5.1.2 Asiointikanava

Ensimmäisenä lääkärikäyntien jakautumista selittävänä muuttujana tutkitaan vakuutusyhtiön käyttämää asiointikanavaa. Kullekin vahingoittuneelle annettiin ainoastaan yksi arvo, joka määriteltiin siten, että puhelinkontaktia pidettiin arvokkaampana kuin kirjallista tai sähköpostin välityksellä tapahtuvaa kontaktia. Mikäli vahingoittuneeseen oltiin oltu yhteydessä sekä sähköpostilla että kirjallisesti, arvioitiin, että kumpi kanava oli ollut ensisijainen.

Asiointikanavaa arvioitaessa ei otettu huomioon sitä, että asiakkaalle oli saatettu lähettää tilapäisen haitan päätös esimerkiksi kirjallisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että mikäli

asiakas saa arvon ”ei mitenkään” hänelle on saatettu lähettää päätös kirjallisesti. Päätös kuitenkin lähetetään niin myöhäisessä vaiheessa eivätkä ne vaadi kahdensuuntaista kommunikatiota, joten ne rajattiin pois asiointikanavista.

Kuviosta 7 selviää, kuinka asiointikanavat jakautuivat vahingoittuneiden kesken. Suurimpaan osaan vahingoittuneista oltiin yhteydessä puhelimitse. Tämän jälkeen suosituin kanava oli kirjallisesti. Sähköpostitse oltiin yhteydessä ainoastaan seitsemään vahingonkärsineeseen kun taas 66 vahingonkärsineeseen ei oltu yhteydessä mitenkään.



Kuvio 7 Asiointikanavan jakautuminen, n= 387

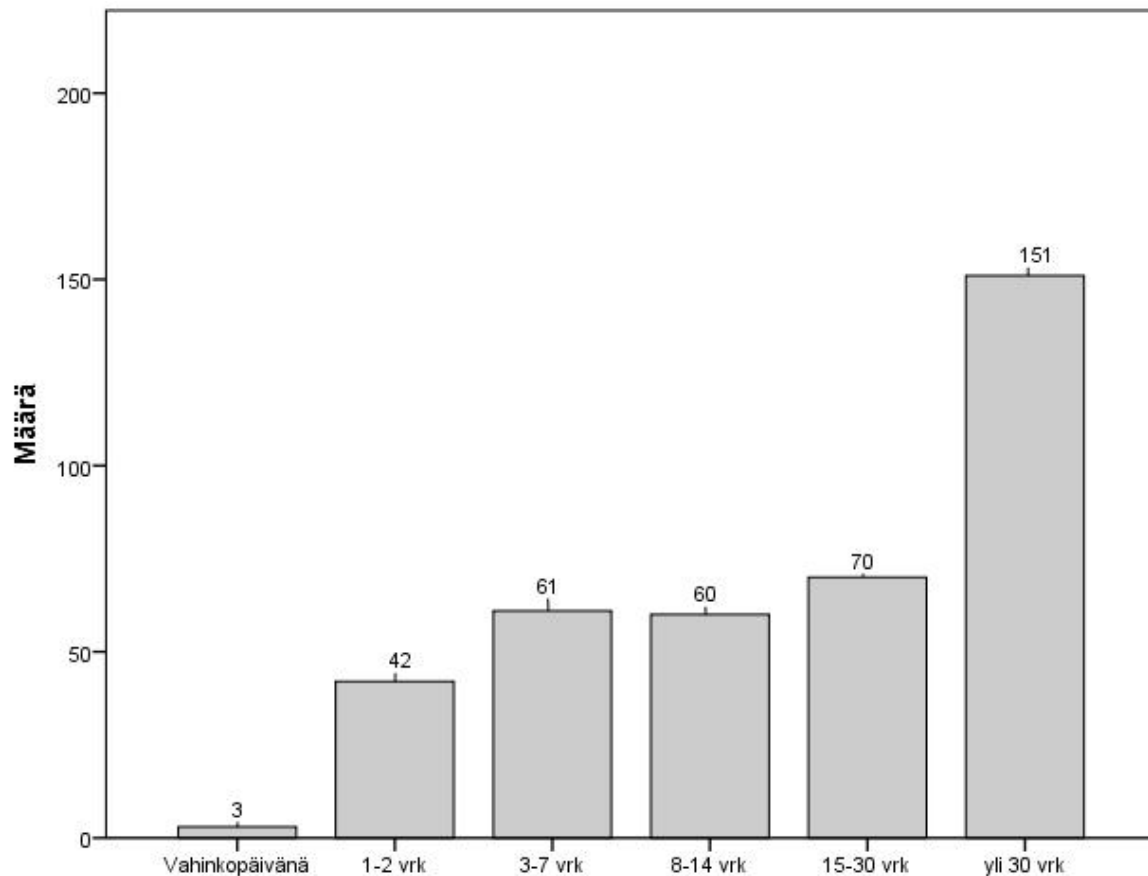
### 5.1.3 Ratkaisun tekemisen ajankohta

Tilastoyksiköistä kerättiin tietoa myös siitä, kuinka nopeasti ratkaisu tehtiin vahingon sattumisen jälkeen. Ratkaisupäiväksi luettiin se päivä, joka oli merkitty henkilövahinkoratkaisun päiväksi vahinkojärjestelmään. Esimerkiksi esinevahinkojen osalta vahinko oli saatettu ratkaista eri aikaan. Ratkaisun tekemisen ajankohta luokiteltiin kuuteen eri luokkaan. Ratkaisu

on voitu tehdä vahinkopäivänä, 1-2 vrk vahinkopäivästä, 3-7 vrk vahinkopäivästä, 8-14 vrk vahinkopäivästä, 8-14 vrk vahinkopäivästä, 15–30 vrk vahinkopäivästä tai yli 30 vrk vahinkopäivästä.

Ratkaisun tekemisen ajankohta liittyy asiakkaan riskin vähentämiseen. Kuten aiemmin teoriaosuudessa kerrottiin, asiakkaan ostopäätökseen liittyy taloudellinen riski (Kotler & Keller 2006, 198). Kun vakuutusyhtiö tekee ratkaisun vahingon korvattavuudesta, taloudellinen riski lääkärikäynnistä siirtyy asiakkaalta vakuutusyhtiölle. Huomioitavaa kuitenkin on, että ainoastaan ratkaisun tekeminen ei riitä riskin eliminointiin vaan ratkaisu tukee myös kertoa asiakkaalle. Muuttujaksi on kuitenkin valittu itse ratkaisun tekemisen ajankohta sen selkeyden vuoksi.

Kuviosta 8 selviää ratkaisun tekemisen ajankohdan jakautuminen luokittain. Suurimpaan osaan eli 39 prosenttiin vahingoista ratkaisu tehtiin vasta yli 30 vuorokauden kuluttua vahingosta. Vahinkopäivänä ratkaisu tehtiin ainoastaan kolmeen vahinkoon. Tästä ei kuitenkaan ilmene se, että minkä takia ratkaisun tekeminen on kestänyt niin kauan. Tutkimusaineistoa kerätessä huomattiin, että ratkaisun tekemisen viivästyminen ei välttämättä johtunut siitä, että vahinkotapauksessa olisi jotakin selvitettäviä asioita tai odotettaisiin esimerkiksi viranomaisen raportteja. Viivästyminen saattoi johtua siitä, että vahingosta ei tiedetty liikenteen henkilökorvauksissa kuin vasta huomattavan ajan kuluttua. Tieto saattoi tulla laskun muodossa suoraan sairaanhoitopiiriltä, eivätkä vahingonkär sineet olleet ilmoittaneet saamastaan henkilövahingosta vakuutusyhtiöön. Olisi siis pohdittava, miten tieto henkilövahingosta saataisiin nopeammin vakuutusyhtiöön.



Kuvio 8 Ratkaisun tekemisen ajankohta, n = 387

#### 5.1.4 Asiakkaan aktiivisuus

Asiakkaan informaation keräämistä mitattiin muuttujalla, joka kuvaa sitä, onko asiakas ollut yhteydessä itse henkilövahingoistaan vakuutusyhtiöön ennen ensimmäistä lääkärikäyntiä. Asiakas oli saattanut olla yhteydessä esinevahingoistaan vakuutusyhtiöön ennen ensimmäistä lääkärikäyntiä, mutta se ei riittänyt positiivisen tuloksen saamiseksi tähän muuttujaan liittyen. Käytännössä vaadittiin sitä, että asiakas oli nostanut esiin henkilövahinkonsa.

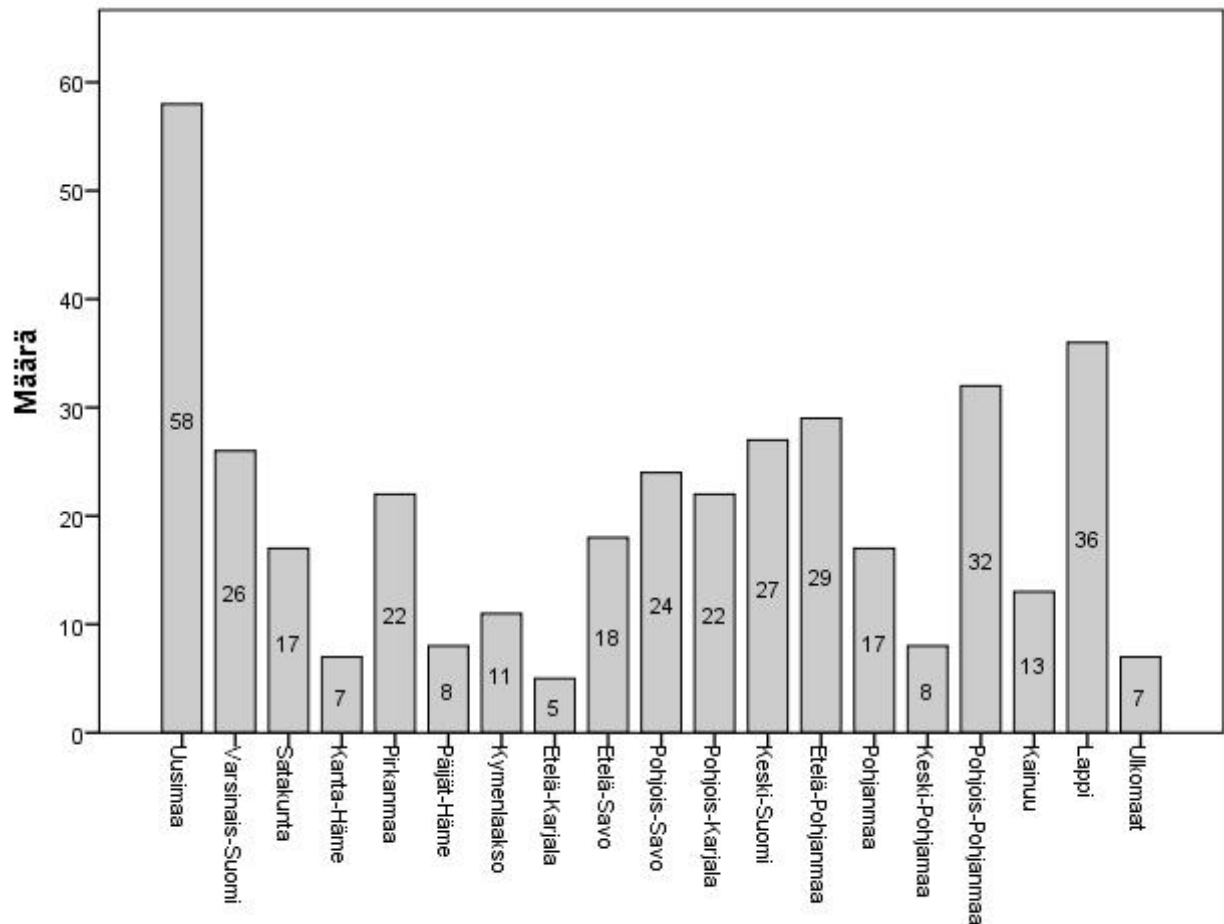
Aineiston perusteella 18 vahingoittunutta oli ottanut yhteyttä vakuutusyhtiöön ennen ensimmäistä lääkärikäyntiään. Prosentuaalisesti tämä tarkoittaa, että noin 5 % vahingoittuneista etsi informaatiota henkilövahingoistaan vakuutusyhtiöstä ennen ensimmäistä lääkärikäyntiä. Osa asiakkaista saattoi olla yhteydessä vakuutusyhtiöön ennen jatkokäyntejä, mutta tämän muuttujan tarkoituksena oli kuvata heti vahingon jälkeistä käyttäytymistä. Tulokseen voi vaikuttaa se, että usein liikennevahingossa paikalle kutsutaan ambulanssi, jonka henkilökunta ohjeistaa asiakkaan hoitopaikkaan.

### 5.1.5 Asuinpaikka

Vahingoittuneiden käyttäytymiseen voi teorian mukaan vaikuttaa myös asuinpaikka. Suuri osa yksityisistä hoitolaitoksista sijaitsee eteläisessä tai läntisessä Suomessa kun taas Lapissa ja Kainuussa yksityisiä hoitolaitoksia ei ole niin paljon ja välimatkat ovat pitempiä. Tässä tutkimuksessa asuinpaikka luokiteltiin maakunnittain. Asuinpaikka sijoitettiin kuhunkin maakuntaan vuoden 2015 maakuntajaon mukaan (Tilastokeskus 2015 a).

Kuviosta 9 selviää vahingoittuneiden asuinpaikan jakautuminen maakunnittain. Suurin osa vahingoittuneista asui tietojen keräämishetkellä Uudellamaalla ja toiseksi yleisin maakunta oli Lappi. Vähiten vahingoittuneita asui Etelä-Karjalassa, ulkomailla, Kanta-Hämeessä, Päijät-Hämeessä sekä Keski-Pohjanmaalla. Asuinpaikka luokiteltiin maakunnittain ja koska Suomessa on niin usea maankunta, vahingoittuneet jakautuivat suhteellisen pieniin ryhmiin. Tutkimusta analysoitaessa huomattiin, että maakunnittain jaettuna luokat ovat liian pieniä ja lopulta maakunnat jaettiin isompiin luokkiin. Tästä luokkajaosta kerrotaan tarkemmin asuinpaikan merkitys- kappaleessa.





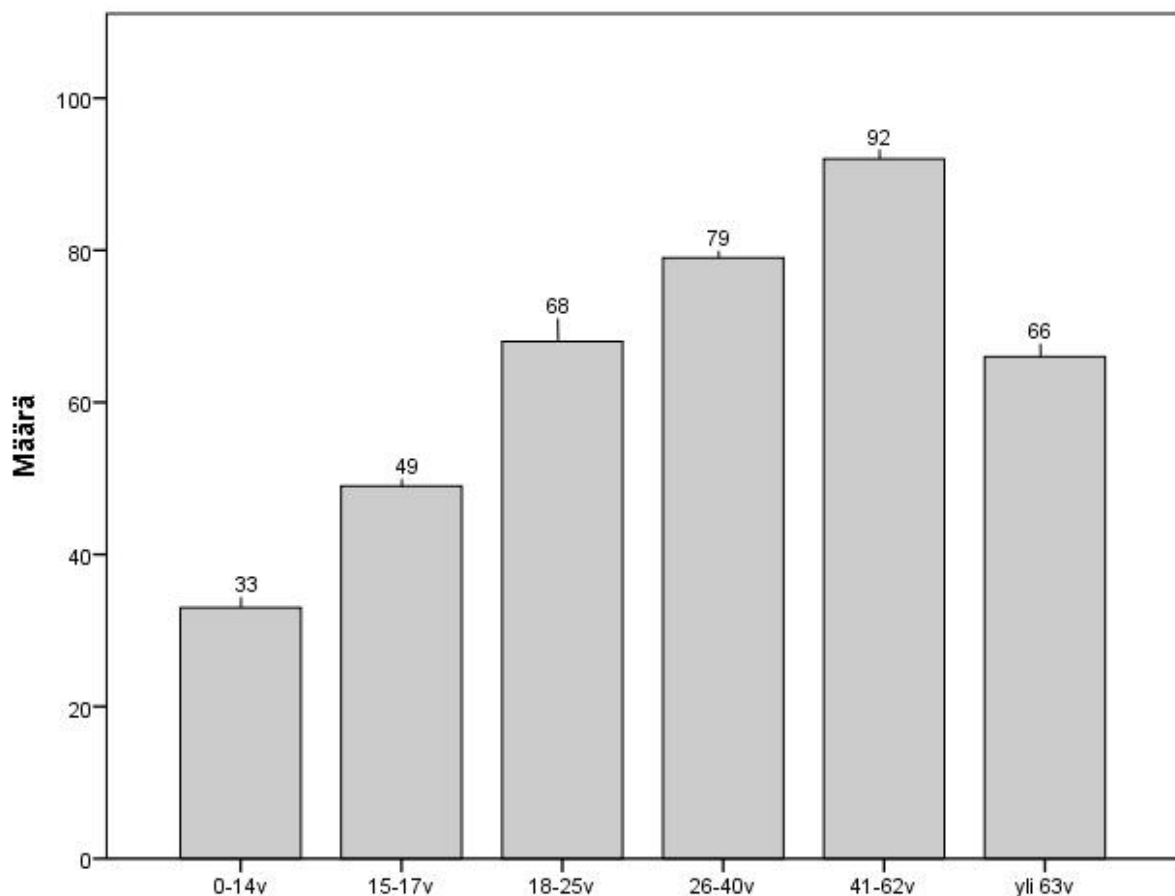
Kuvio 9 Asuinpaikka maakunnittain, n = 378

### 5.1.6 Sukupuoli ja ikä

Vahingoittuneista kerättiin tietoa myös heidän sukupuolesta ja iästä. Sukupuoli luokiteltiin luonnollisesti miehiin ja naisiin. Vahingoittuneista 53,5 prosenttia oli miehiä ja vastaavasti 46,5 prosenttia naisia. Sukupuolijakaumaa voidaan siis sanoa suhteellisen tasaiseksi.

Vahingoittuneiden ikä jaettiin kuuteen eri luokkaan: 0-14 vuotiaat, 15-17 vuotiaat, 18-25 vuotiaat, 26-40 vuotiaat, 41-62 vuotiaat sekä yli 63 vuotiaat. Luokat eivät ole yhtä suuria, vaan luokkien kokoa on pienennetty etenkin viisitoista vuotiaista kaksikymmentäviisivuotiaiksi, sillä tämä jako koettiin mielekkääksi. Luokitukseen on vaikuttanut ajokorttiluokat, mutta tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkita sitä, että minkälaisessa ajoneuvossa vahingoittunut on ollut.

Kuviosta 10 selviää vahingoittuneiden ikäjakauma. Vähiten liikennevahingossa loukkaantui 0-14 vuotiaita ja eniten 41-62 vuotiaita. Tulokseen voi vaikuttaa se, että työmatkalla liikennevahingossa loukkaantuneet on rajattu pois aineistosta. Mikäli työmatkalla loukkaantuneet olisivat sisältyneet aineistoon, 18-62 vuotiaiden määrät olisivat olleet suurempia ja erot isompia. Liikennevakuutusyhtiöllä ei kuitenkaan ole oikeutta vaikuttaa heidän hoitoonsa, joten heidän sisällyttäminen tutkimukseen ei olisi ollut mielekästä.



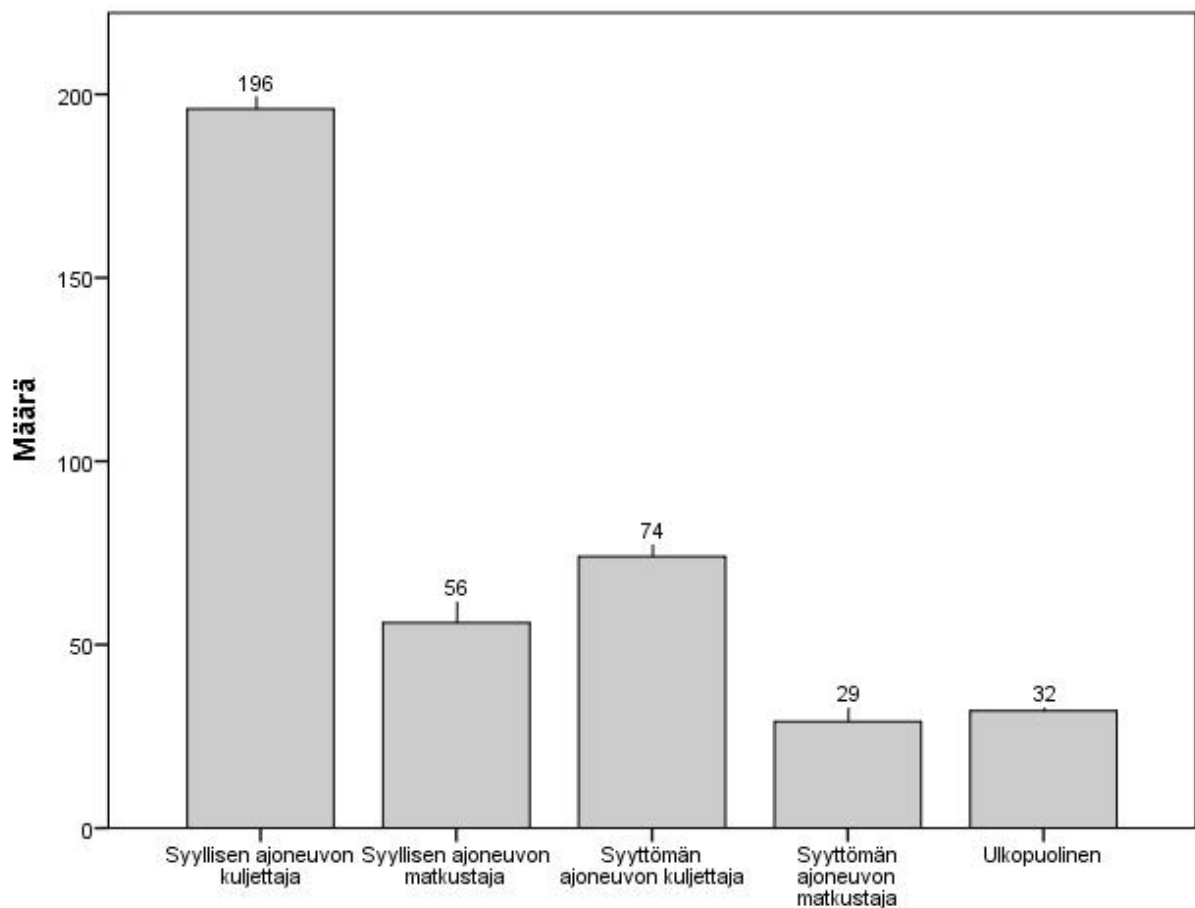
Kuvio 10 Ikäjakauma, n = 378

### 5.1.7 Vahingoittuneen asema liikennevahingossa

Liikennevahingossa loukkaantuneista kaikki eivät ole kyseisen vakuutusyhtiön asiakkaita, sillä syyllisen ajoneuvon liikennevakuutuksesta korvataan myös syyttömän osapuolen henkilövahingot tai ankaran vastuun perusteella syyllisen, mutta kevyttä liikennettä edustavan henkilön vahingot. Tässä tutkimuksessa vahingonkärsineet jaoteltiin syyllisen ajoneuvon kuljetta-

jaan, syyllisen ajoneuvon matkustajaan, syyttömän ajoneuvon kuljettajaan, syyttömän ajoneuvon matkustajaan sekä ulkopuoliseen. Ulkopuolisella tarkoitetaan henkilö, joka ei ollut missään ajoneuvossa tai oli polkupyöräilijä. Osa syyttömistä ajoneuvoista saattoi olla kuitenkin myös vakuutettu kyseisessä yhtiössä.

Kuviosta 11 selviää, kuinka vahingoittuneiden asema jakautui. Suurin osa vahingoittuneista oli syyllisen ajoneuvon kuljettajia. Tämä johtuu siitä, että isossa osassa vahingoista ei ole osallisena kuin yksi ajoneuvo. Kuljettajia ja matkustajia verrattaessa huomataan myös, että kuljettajia loukkaantui huomattavasti enemmän kuin matkustajia yhteensä. Tämä selittyy sillä, että autossa ei välttämättä ole muita kuin kuljettaja.



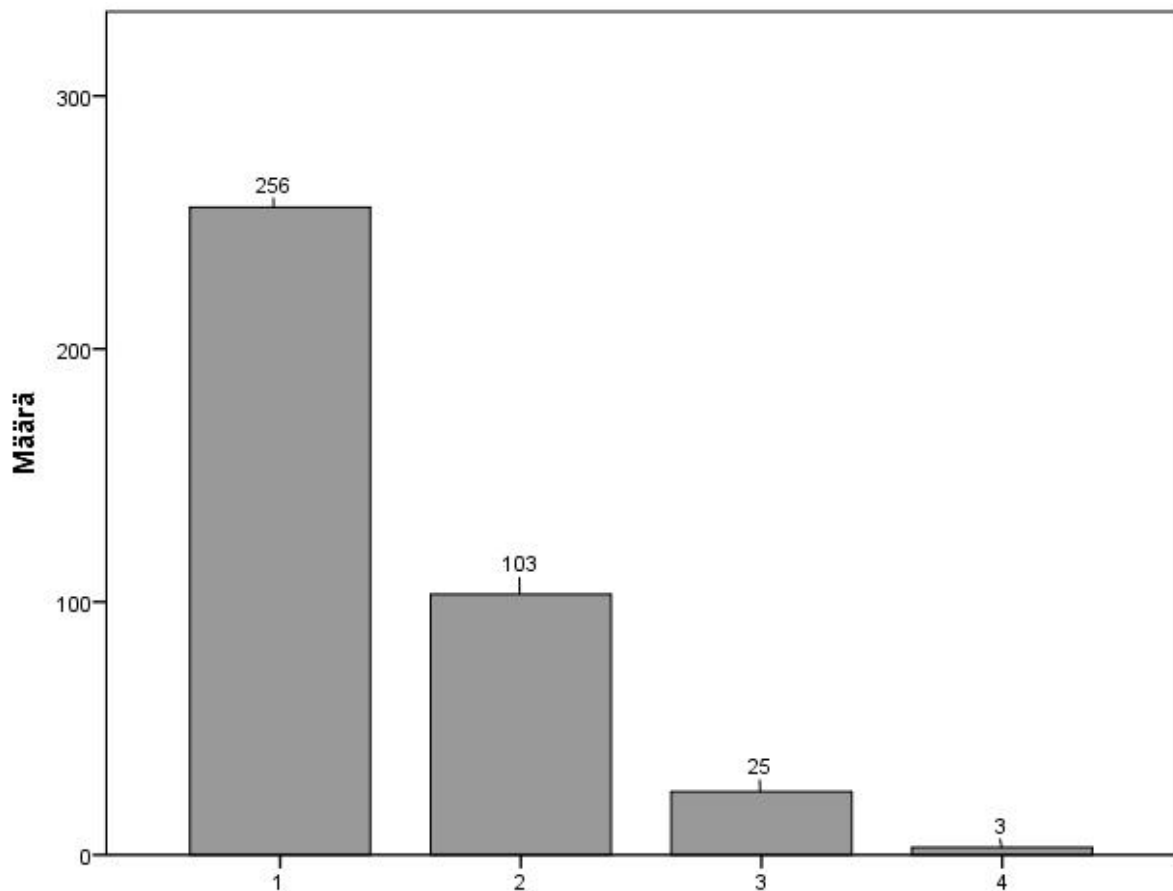
Kuvio 11 Vahingoittuneen asema, n = 387

### 5.1.8 Vammaluokka

Vammaluokasta kerättiin tietoa, sillä vammaluokka vaikuttaa suuresti siihen, että kuinka paljon vahingoittunut tarvitsee lääkärin hoitoa. Pienissä vammoissa lääkärin hoitoa ei tarvita niin

paljon kun taas erittäin vakavissa vammoissa saatetaan tarvita yliopistollisen sairaalan tasoista hoitoa, joka ei ole mahdollista toteuttaa kumppaneilla. Esimerkiksi tehohoito suoritetaan aina julkisessa sairaalassa. Vammaluokat ja niihin sisältyvät vammat kuvattiin tässä tutkimuksessa kappaleessa 2.

Kuviosta 12 selviää vammaluokkien jakaantuminen. Suurin osa eli noin 66 % sai vahingossa ainoastaan hyvin pieniä vammoja. Vammaluokan 4 mukaisia vammoja sai ainoastaan kolme vahingoittunutta ja vammaluokan 5 mukaisia vammoja ei kyseisenä kuukautena saanut kukaan. Vammaluokat ovat kuitenkin suhteellisen laajoja ja vammoissa saattaa olla huomattavia eroja saman luokan sisällä. Kuitenkin esimerkiksi vammaluokan kaksi mukainen vamma vaatii usein useampaa lääkärikäyntiä vammaluokan yksi vammoihin verrattuna.



Kuvio 12 Vammaluokat, n = 397

## 5.2 Riippuvuussuhteiden analysointi

### 5.2.1 Asiointikanavan merkitys

Ensimmäiseksi tutkitaan sitä, että onko asiointikanavalla ollut vaikutusta siihen, että asiakas on käynyt hoidossa kumppanihoitolaitoksessa. Asiointikanavan ja hoitolaitoskäynnin välisestä suhteesta tehdään ristiintaulukointi ja khiin neliö- testi.

Taulukko 1 Ristiintaulukointi, asiointikanavan vaikutus

**Kumppanilla käynti \* Asiointikanava Crosstabulation**

|                    |       |                         | Asiointikanava |             |            |              | Total |
|--------------------|-------|-------------------------|----------------|-------------|------------|--------------|-------|
|                    |       |                         | Puhelimitse    | Kirjallinen | Sähköposti | Ei mitenkään |       |
| Kumppanilla käynti | Ei    | Count                   | 88             | 123         | 5          | 59           | 275   |
|                    |       | % within Asiointikanava | 52,7%          | 83,7%       | 71,4%      | 89,4%        | 71,1% |
|                    | Kyllä | Count                   | 79             | 24          | 2          | 7            | 112   |
|                    |       | % within Asiointikanava | 47,3%          | 16,3%       | 28,6%      | 10,6%        | 28,9% |

Ristiintaulukoinnin avulla (Taulukko 1) nähdään, että mikäli asiakkaan kanssa ollaan oltu yhteydessä puhelimitse, niin 47,3 prosenttia asiakkaista kävi hoidossa kumppanilla ja vastaavasti 52,7 prosenttia ei käynyt kumppanilla hoidossa. Mikäli asiakkaan kanssa on asioitu kirjallisesti, vastaavat luvut ovat 16,3 prosenttia ja 83,7 prosenttia. Ristiintaulukoinnista käy myös ilmi, että vaikka asiakkaan kanssa ei ole asioitu ollenkaan, niin silti 10,6 prosenttia vahingoittuneista on käynyt hoidossa kumppanilla. Sähköpostilla asioineiden frekvenssi on niin pieni, että siitä ei voida tehdä kestäviä päätelmiä.

Ristiintaulukoinnin perusteella voidaan siis päätellä, että mikäli asiakkaan kanssa asioidaan puhelimitse, hän käy todennäköisemmin hoidossa kumppanilla kuin jos hänen kanssa ollaan yhteydessä jotakin muuta kanavaan käyttäen. Kuitenkin, vaikka asiakkaan kanssa oltaisi oltu yhteydessä puhelimitse, suurin osa asiakkaista ei ole hakeutunut hoitoon kumppanille. Tämä

voi selittyä ainakin osittain sillä, että asiakkaiden ei välttämättä tarvitse mennä hoitoon enää sen jälkeen, kun heidät on tavoitettu puhelimitse.

Taulukko 2 Khiin neliö- testi, asiointikanavan vaikutus

| Chi-Square Tests   |                     |    |                       |
|--------------------|---------------------|----|-----------------------|
|                    | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 49,550 <sup>a</sup> | 3  | ,000                  |
| N of Valid Cases   | 387                 |    |                       |

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

Taulukosta 2 selviää tehdyn Khiin neliö- testin tulos. P- arvoksi Khiin neliö- testissä saadaan pienempi kuin 0,001, mikä tarkoittaa sitä, että asiointikanavalla on merkittävä tilastollinen riippuvuus kumppanilla käyntiin. Khiin neliö- testin edellytykset eivät kuitenkaan täyty tässä tapauksessa, sillä osassa ristiintaulukoinnin soluista solun frekvenssi on liian lähellä nollaa. Tämän vuoksi tehtiin myös eksaktimpi testi, jonka tulokset tukivat khiin neliö- testin tulosta. Fisherin eksaktin testin p- arvon tulokseksi saatiin  $p < 0,001$ . Voidaan siis sanoa, että asiointikanavalla on merkitys siihen, että hakeutuuko asiakas hoitoon kumppanille.

### 5.2.2 Ratkaisun tekemisen ajankohdan merkitys

Seuraavaksi tutkitaan toista yhtiön prosessiin liittyvää muuttujaa eli ratkaisun tekemisen ajankohtaa ja sen vaikutusta kumppanilla käyntiin. Tehdään kyseisten muuttujien välille ristiintaulukointi ja khiin neliö- testi. Ristiintaulukoinnin tulokset nähdään taulukossa 3.

Taulukko 3 Ristiintaulukointi, ratkaisun tekemisen vaikutus

**Kumppanilla käynti \* Ratkaisu Crosstabulation**

|                    |       |                   | Ratkaisu                 |        |        |         |              |              | Total |
|--------------------|-------|-------------------|--------------------------|--------|--------|---------|--------------|--------------|-------|
|                    |       |                   | vahin-<br>kopäi-<br>vänä | 1-2vrk | 3-7vrk | 8-14vrk | 15-<br>30vrk | yli<br>30vrk |       |
| Kumppanilla käynti | Ei    | Count             | 0                        | 17     | 33     | 41      | 58           | 126          | 275   |
|                    |       | % within Ratkaisu | 0,0%                     | 40,5%  | 54,1%  | 68,3%   | 82,9%        | 83,4%        | 71,1% |
|                    | Kyllä | Count             | 3                        | 25     | 28     | 19      | 12           | 25           | 112   |
|                    |       | % within Ratkaisu | 100,0%                   | 59,5%  | 45,9%  | 31,7%   | 17,1%        | 16,6%        | 28,9% |

Ristiintaulukoinnista käy ilmi, että jokainen vahingoittunut, jonka osalta ratkaisu henkilövahinkojen korvattavuudesta tehtiin vahinkopäivänä, kävi hoidossa kumppanilla. Tämä voi johtua siitä, että näissä tapauksissa vakuutusyhtiöön on mitä luultavimmin saatu tieto vahingosta välittömästi vahingon jälkeen eikä asiakas ole välttämättä ehtinyt hakeutua mihinkään hoitoon. Ristiintaulukoinnista käy myös ilmi, että mitä pitempään ratkaisun tekeminen kestää, sitä harvempi on käynyt hoidossa kumppanilla. Jos ratkaisu tehtiin 1-2 vuorokauden sisällä vahinkopäivästä, yli puolet vahingonkärsineistä kävi hoidossa kumppanilla.

Taulukko 4 Khiin neliö- testi, ratkaisun tekemisen ajankohdan vaikutus

**Chi-Square Tests**

|                    | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 51,217 <sup>a</sup> | 5  | ,000                  |
| N of Valid Cases   | 387                 |    |                       |

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,87.

Taulukosta 4 käy ilmi, että kyseisen ristiintaulukoinnin khiin neliö- testin p-arvoksi saadaan  $p < 0,001$ . Tämä tarkoittaa sitä, että myös ratkaisun tekemisen ajankohdalla on merkittävä vaikutus siihen, että vahingoittunut on käynyt hoidossa kumppanilla. Khiin neliö- testin ja ristiintaulukoinnin avulla voidaan siis päätellä, että ratkaisun tekemisen ajankohdalla on suora vaikutus siihen, että onko vahingoittunut käynyt hoidossa kumppanilla.

### 5.2.3 Asiakkaan aktiivisuuden merkitys

Ensimmäinen asiakkaan taustalla oleva muuttuja, jota tässä tutkimuksessa tutkitaan, on asiakkaan aktiivisuuden vaikutus siihen, että onko asiakas käynyt hoidossa kumppanilla. Aktiivisuutta mitattiin sen perusteella, että onko asiakas ollut yhteydessä vakuutusyhtiöön ennen ensimmäistä lääkärikäyntiään. Ristiintaulukoimalla tämän muuttujan kumppanilla käynnin kanssa, saatiin seuraavat, taulukossa 5 esiintyvät tulokset.

Taulukko 5 Ristiintaulukointi, asiakkaan aktiivisuuden merkitys

**Kumppanilla käynti \* Asiakkaan aktiivisuus Crosstabulation**

|                    |       |                                | Asiakkaan aktiivisuus |       | Total  |
|--------------------|-------|--------------------------------|-----------------------|-------|--------|
|                    |       |                                | Kyllä                 | Ei    |        |
| Kumppanilla käynti | Ei    | Count                          | 1                     | 274   | 275    |
|                    |       | % within Asiakkaan aktiivisuus | 5,6%                  | 74,3% | 71,1%  |
|                    | Kyllä | Count                          | 17                    | 95    | 112    |
|                    |       | % within Asiakkaan aktiivisuus | 94,4%                 | 25,7% | 28,9%  |
| Total              |       | Count                          | 18                    | 369   | 387    |
|                    |       | % of Total                     | 4,7%                  | 95,3% | 100,0% |

Tutkimuksen aineistoa analysoitaessa huomataan, että vain 18 vahingoittunutta eli 4,7 prosenttia kaikista vahingoittuneista oli yhteydessä yhtiöön ennen ensimmäistä lääkärikäyntiä. Näistä 18 vahingoittuneesta yhtä lukuun ottamatta kaikki menivät kumppanille hoitoon.



Taulukko 6 Khiin neliö- testi, asiakkaan aktiivisuuden merkitys

| Chi-Square Tests    |                     |    |                                   |                      |                      |
|---------------------|---------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
|                     | Value               | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square  | 39,388 <sup>a</sup> | 1  | ,000                              |                      |                      |
| Fisher's Exact Test |                     |    |                                   | ,000                 | ,000                 |
| N of Valid Cases    | 387                 |    |                                   |                      |                      |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,21.

Khiin neliö- testin perusteella (taulukko 6) nähdään, että p- arvoksi saadaan  $p < 0,001$ . Myös Fisherin testi tukee tätä. Tästä voidaan päätellä, että myös asiakkaan aktiivisuudella vakuutusyhtiöön päin on merkittävä vaikutus siihen, että hakeutuuko asiakas hoitoon kumppanille vai muualle. Päätelmiä tehtäessä on kuitenkin huomioitava, että niiden havaintojen lukumäärä, joissa asiakas oli yhteydessä vakuutusyhtiöön, on pieni. Toisenlaisiin tuloksiin olisi voitu päästä, mikäli olisimme mitanneet sitä, että onko asiakas ollut yhteydessä vakuutusyhtiöön ennen jatkolääkärikäyntiään.

#### 5.2.4 Asuinpaikan merkitys

Seuraavaksi tutkitaan asuinpaikan vaikutusta siihen, että onko vahingoittunut käynyt hoidossa kumppanilla. Ristiintaulukointia tehdessä maakuntien perusteella, huomattiin, että yksittäisin soluihin saadut frekvenssit ovat suhteellisen pieniä, sillä maakuntia oli niin paljon. Tehdystä ristiintaulukoinnista huomataan kuitenkin, että esimerkiksi Uudellamaalla asuneista jopa 41,4 prosenttia kävi hoidossa kumppanilla kun taas Etelä-Savossa, Keski-Pohjanmaalla ja ulkomailla asuvista vahingoittuneista kukaan ei käynyt hoidossa kumppanilla. Kyseisten maakuntien kokonaishavaintojen määrät olivat kuitenkin pieniä. Etelä-Savossa havaintojen määrä oli kahdeksantoista, Keski-Pohjanmaalla kahdeksan ja ulkomailla seitsemän. Tämän vuoksi päädytään yhdistelemään maakuntia isompiin luokkiin.

Luokkia yhdistetään NUTS- aluejaon mukaan. NUTS- aluejaossa Suomen maakunnat jaetaan viiteen luokkaan: Länsi-Suomeen, Helsinki-Uusimaahan, Etelä-Suomeen, Pohjois- ja Itä-Suomeen sekä Ahvenanmaahan. (Tilastokeskus 2015 b) Tämän lisäksi ulkomaat pysyy omana luokkana. Taulukosta 7 nähdään ristiintaulukoinnin tulokset.

Taulukko 7 Ristiintaulukointi, asuinpaikan merkitys

**Kumppanillakäynti \* NUTS Crosstabulation**

|                   |       |               | NUTS        |                  |             |                       |          | Total |
|-------------------|-------|---------------|-------------|------------------|-------------|-----------------------|----------|-------|
|                   |       |               | Länsi-Suomi | Helsinki-Uusimaa | Etelä-Suomi | Pohjois- ja Itä-Suomi | Ulkomaat |       |
| Kumppanillakäynti | Ei    | Count         | 87          | 34               | 42          | 105                   | 7        | 275   |
|                   |       | % within NUTS | 77,7%       | 58,6%            | 73,7%       | 68,6%                 | 100,0%   | 71,1% |
|                   | Kyllä | Count         | 25          | 24               | 15          | 48                    | 0        | 112   |
|                   |       | % within NUTS | 22,3%       | 41,4%            | 26,3%       | 31,4%                 | 0,0%     | 28,9% |

Taulukosta 7 nähdään, että NUTS- aluejaolla tutkittuna luokkien koot suurenevat huomattavasti. Ulkomaat pysyvät edelleen pienenä luokkana ja ulkomaisista vahingonkärsineistä kukaan ei käynyt kumppanilla hoidossa. Tästä ei kuitenkaan voitane tehdä kestäviä päätelmiä, sillä havaintojen lukumäärä on niin pieni. Sen sijaan muiden luokkien osalta havaintoja voidaan tehdä. Ristiintaulukoinnista käy ilmi, että Helsinki-Uudellamaalla asuvista 41,4 prosenttia kävi kumppanilla hoidossa. Muiden alueiden osalta erot ovat pieniä: Länsi-Suomessa kumppanilla kävi 22,3 prosenttia vahingoittuneista, Etelä-Suomessa 26,3 prosenttia ja Pohjois- ja Itä- Suomessa 31,4 prosenttia. Voidaan siis sanoa, että todennäköisimmin kumppanilla käy Helsinki- Uudellamaalla asuvat vahingoittuneet.

Taulukko 8 Khiin neliö- testi, asuinpaikan merkitys

|                     | Value               | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Monte Carlo Sig. (2-sided) |                         |             |
|---------------------|---------------------|----|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------|
|                     |                     |    |                                   | Significance               | 99% Confidence Interval |             |
|                     |                     |    |                                   |                            | Lower Bound             | Upper Bound |
| Pearson Chi-Square  | 10,232 <sup>a</sup> | 4  | ,037                              | ,035 <sup>b</sup>          | ,031                    | ,040        |
| Fisher's Exact Test | 9,809               |    |                                   | ,039 <sup>b</sup>          | ,034                    | ,044        |
| N of Valid Cases    | 387                 |    |                                   |                            |                         |             |

Taulukosta nähdään, että khiin neliö- testin p- arvoksi saadaan 0,037. P- arvoja arvioitaessa alimpana riskitasona pidetään 5 % eli mikäli p- arvo on alle 0,05, voidaan sanoa, että myös perusjoukossa näkyy ryhmien välisiä eroja (Metsämuuronen 2002, 33). Tämä tarkoittaa sitä, että Khiin neliö- testin perusteella asuinpaikalla näyttäisi olevan tilastollinen merkitys. Merkitys varmistettiin myös Fisherin eksaktilla testillä, jossa p:n arvoksi saatiin 0,041 (Taulukko 9). Testin perusteella asuinpaikalla on merkitystä kumppanille hoitoon hakeutumiseen 5 % riskitasolla.

### 5.2.5 Sukupuolen ja iän merkitys

Seuraavaksi tutkitaan sitä, että onko sukupuolella ja iällä merkitystä siihen, että onko asiakas hakeutunut hoitoon kumppanille. Ensimmäiseksi tarkastelun alle otetaan sukupuolen merkitys. Taulukosta 9 nähdään sukupuolen ja kumppanilla käynnin välinen ristiintaulukointi.

Taulukko 9 Ristiintaulukointi, sukupuolen merkitys

**Kumppanilla käynti \* Sukupuoli Crosstabulation**

|                   |       |                    | Sukupuoli |       | Total |
|-------------------|-------|--------------------|-----------|-------|-------|
|                   |       |                    | Nainen    | Mies  |       |
| Kumppanillakäynti | Ei    | Count              | 132       | 143   | 275   |
|                   |       | % within Sukupuoli | 73,3%     | 69,1% | 71,1% |
|                   | Kyllä | Count              | 48        | 64    | 112   |
|                   |       | % within Sukupuoli | 26,7%     | 30,9% | 28,9% |
|                   |       | % of Total         | 12,4%     | 16,5% | 28,9% |
|                   |       |                    |           |       |       |

Taulukosta 9 nähdään, että sukupuolten välillä ei ole merkittäviä tilastollisia eroja. Naisista 26,7 prosenttia kävi kumppanilla hoidossa kun miehillä vastaava luku on 30,9 prosenttia. Myös Khiin neliö- testi tukee tätä väitettä. Khiin neliö- testin p- arvon tulokseksi saadaan 0,358 ( $\chi^2 = 0,846$ ,  $df=1$ ). Tilastollisten analyysien perusteella voidaan siis sanoa, että sukupuolella ei ole merkitystä siihen, että käykö asiakas hoidossa kumppanilla vai ei.

Seuraavaksi tutkitaan sitä, että onko iällä vaikutusta siihen, että onko asiakas käynyt hoidossa kumppanilla vai ei. Tehdään kyseisten muuttujien välille ristiintaulukointi (Taulukko 10).

Taulukko 10 Ristiintaulukointi, iän merkitys

**Kumppanilla käynti \* Ikä Crosstabulation**

|                    |       |              | Ikä   |        |        |        |        |         | Total |
|--------------------|-------|--------------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|-------|
|                    |       |              | 0-14v | 15-17v | 18-25v | 26-40v | 41-62v | yli 63v |       |
| Kumppanilla käynti | Ei    | Count        | 28    | 44     | 49     | 42     | 56     | 56      | 275   |
|                    |       | % within Ikä | 84,8% | 89,8%  | 72,1%  | 53,2%  | 60,9%  | 84,8%   | 71,1% |
|                    | Kyllä | Count        | 5     | 5      | 19     | 37     | 36     | 10      | 112   |
|                    |       | % within Ikä | 15,2% | 10,2%  | 27,9%  | 46,8%  | 39,1%  | 15,2%   | 28,9% |
|                    |       |              |       |        |        |        |        |         |       |
|                    |       |              |       |        |        |        |        |         |       |

Taulukosta 10 nähdään, että suurimmalla todennäköisyydellä (46,8 %) kumppanille hakeutuu hoitoon 26-40 vuotiaat ja toiseksi suurimmalla todennäköisyydellä (39,1 %) 41-62 vuotiaat. Muut ikäluokat sen sijaan jäävät huomattavasti ko. luokkia jälkeen. 0-17 vuotiaista ja yli 63

vuotiaista ainoastaan 15,2 prosenttia kävi hoidossa kumppanilla. 18-25 vuotiaista kumppanilla kävi 27,9 prosenttia vahingoittuneista. Alin todennäköisyys on 15-17 vuotiaissa, joista ainoastaan 10,2 prosenttia kävi hoidossa kumppanilla. Ristiintaulukoinnin perusteella voidaan siis sanoa, että todennäköisimmin kumppanilla käyvät hoidossa 26-62 vuotiaat. Tuloksen tilastollista merkitsevyyttä tutkitaan Khiin neliö- testi avulla, jonka tulokset näkyvät taulukossa 11. P- arvoksi saadaan  $p < 0,001$ , joten voidaan sanoa, että riippuvuus on myös tilastollisesti merkittävä. Ikä siis vaikuttaa siihen, että hakeutuuko asiakas hoitoon kumppanille vai ei.

Taulukko 11 Khiin neliö- testi, iän vaikutus

| Chi-Square Tests   |                     |    |                       |
|--------------------|---------------------|----|-----------------------|
|                    | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 34,497 <sup>a</sup> | 5  | ,000                  |
| N of Valid Cases   | 387                 |    |                       |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,55.

Tehtyjen analyysien perusteella voidaan siis päätellä, että sukupuolella ei ole merkitystä siihen, että onko asiakas käynyt hoidossa kumppanilla. Sen sijaan iällä on merkittävä vaikutus siihen, että käykö asiakas hoidossa kumppanilla vai ei.

### 5.2.6 Aseman merkitys

Seuraavaksi tutkitaan sitä, että onko vahingoittuneen asemalla vaikutusta kumppanilla käyntiin. Asiakas saattaa olla ollut liikennevahingossa joko syyllisenä kuljettajana, syyllisen ajoneuvon matkustajana, syyttömänä kuljettajana, syyttömän ajoneuvon matkustajana tai ulkopuolisena. Tämän tutkimusasetelman tarkoituksena on tutkia sitä, että onko sillä merkitystä, että asiakas on ollut syyllisessä ajoneuvossa ja täten on varmasti kyseisen yhtiön asiakas.

Taulukko 12 Ristiintaulukointi, vahingoittuneen aseman vaikutus

| Kumppanilla käynti * Asema Crosstabulation |   |                |       |       |       |       |       |
|--|---|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  |   |                | Asema |       |       |       |       |
|  |   |                | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     |
| Kumppanilla käynti                         | 0 | Count          | 135   | 46    | 47    | 22    | 25    |
|  |   | % within Asema | 68,9% | 82,1% | 63,5% | 75,9% | 78,1% |
|  | 1 | Count          | 61    | 10    | 27    | 7     | 7     |
|  |   | % within Asema | 31,1% | 17,9% | 36,5% | 24,1% | 21,9% |
| Total                                      |   |                | 275   | 112   | 112   | 112   | 112   |

Ristiintaulukoinnista (Taulukko 12) nähdään, 36,5 prosenttia syyttömän auton kuljettajista ja 31,1 prosenttia syyllisen ajoneuvon kuljettajista kävi hoidossa kumppanilla. Matkustajista syyllisessä ajoneuvossa olleista 17,9 prosenttia kävi kumppanilla ja syyttömässä ajoneuvossa olleista vastaava luku on 21,9 prosenttia. Ajoneuvosta ulkopuolella olevista 21,9 prosenttia kävi hoidossa kumppanilla. Ristiintaulukoinnista nähdään, että kuljettajat kävivät matkustajia todennäköisemmin hoidossa kumppanilla, mutta erot eivät ole kovinkaan suuria. Mitataan aseman riippuvuussuhteen merkitystä myös Khiin neliö- testin avulla (Taulukko 13).

Taulukko 13 Khiin neliö- testi, vahingoittuneen aseman vaikutus

| Chi-Square Tests   |                    |    |                       |
|--------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 6,950 <sup>a</sup> | 4  | ,139                  |
| N of Valid Cases   | 387                |    |                       |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,39.

Khiin neliö- testistä voidaan nähdä, että p- arvoksi saadaan 0,139. Tämä tarkoittaa sitä, että mikäli väitetään, että muuttujat riippuvat toisistaan, virhepäätelmän todennäköisyys 13,9 prosenttia. Tätä ei voida pitää tilastollisesti riittävän pienenä riskitasona ja tämän takia todetaan, että vahingoittuneen asemalla ei voida sanoa olevan tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta siihen, että asiakas käy hoidossa kumppanilla. Päätellään siis, että asemalla ei ole merkitystä kumppanilla käyntiin.

### 5.2.7 Vammaluokan merkitys

Viimeisenä muuttujana tutkitaan sitä, että onko vammaluokalla vaikutusta siihen, että asiakas käy hoidossa kumppanilla. Vammaluokat jaetaan viiteen eri kategoriaan, mutta tähän aineistoon ei tullut yhtäkään vahingoittunutta, joka olisi saanut luokan viisi vammat. Myös luokan neljä vammoja saaneiden lukumäärä oli pieni, heitä oli vain 3 vahingoittunutta. Tehdään muuttujien välille ristiintaulukointi riippuvuussuhteiden selvittämiseksi.

Taulukko 14 Ristiintaulukointi, vammaluokan vaikutus

| Kumppanilla käynti * Vammaluokka Crosstabulation |       |                      |             |       |       |        |
|--|-------|----------------------|-------------|-------|-------|--------|
|  |       |                      | Vammaluokka |       |       |        |
|  |       |                      | 1           | 2     | 3     | 4      |
| Kumppanilla käyn-<br>ti                          | Ei    | Count                | 209         | 51    | 12    | 3      |
|  |       | % within Vammaluokka | 81,6%       | 49,5% | 48,0% | 100,0% |
|  | Kyllä | Count                | 47          | 52    | 13    | 0      |
|  |       | % within Vammaluokka | 18,4%       | 50,5% | 52,0% | 0,0%   |
| Total  |       |                      | 275         | 112   | 25    | 3      |

Ristiintaulukoinnista (Taulukko 14) nähdään, että suurimmat todennäköisyydet sille, että asiakas käy hoidossa kumppanilla löytyvät kategorioista 2 ja 3. Kategorias-  
sa 2 todennäköisyys on suurin, 50,5 prosenttia vahingoittuneista ja kategorias-  
sa 3 todennäköisyys on 52,0 prosenttia. Mikäli vahingoittunut sai vammaluokan 1 mukaiset vammat, hän kävi kumppanilla hoidossa 18,4 prosentin todennäköisyydellä. Vammaluokan 4 mukaiset vammat saaneista vahingoittuneista kukaan ei käynyt hoidossa kumppanilla. Tästä voidaan päätellä, että vammojen vakavuus määrittelee sitä, että käykö vahingoittunut hoidossa kumppanilla vai ei.

Taulukko 15 Khiin neliö- testi, vammojen vaikutus

| Chi-Square Tests   |                     |    |                       |
|--------------------|---------------------|----|-----------------------|
|                    | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 44,872 <sup>a</sup> | 3  | ,000                  |
| N of Valid Cases   | 387                 |    |                       |

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,87.

Khiin neliö- testin (Taulukko 15) p- arvoksi saadaan  $p < 0,001$ . Taulukossa esiintyy kuitenkin soluja, joiden frekvenssi on pieni. Tämä johtaa siihen, että khiin neliö- testin tulosta ei voida välttämättä pitää validina. Tuloksen merkittävyyden varmistamiseksi tehtiin myös eksakti testi ja Fisherin eksaktin testin tulokseksi tuli  $p < 0,001$ . Voidaan siis todeta, että riippuvuus on merkittävä. Päättellään, että vammojen vakavuudella on merkitystä siihen, että hakeutuuko asiakas hoitoon kumppanille vai ei.

### 5.2.8 Logistinen regressioanalyysi

Kuten tässä tutkielmassa on aiemmin esitetty, logistisen regressioanalyysin avulla voidaan tutkia sitä, että minkälaiset taustamuuttujat vaikuttavat positiivisesti siihen, että asiakas käy hoidossa kumppanilla. Tutkitaan siis taustamuuttujien vaikutusta kumppanilla käyntiin myös logistisen regressioanalyysin avulla. Aiemmin tehtyjen ristiintaulukoiden ja khiin neliö- testi- en perusteella voidaan sanoa, että sukupuoli ja vahingoittuneen asemalla ei ole vaikutusta siihen, että käykö asiakas hoidossa kumppanilla vai ei. Suljetaan siis kyseiset muuttujat logis- tisen regressioanalyysin ulkopuolelle. Tutkitaan regressioanalyysillä asiointikanavan, ratkai- sun tekemisen ajankohdan, asiakkaan aktiivisuuden, asuinpaikan, iän ja vammaluokan vaiku- tusta kumppanilla käyntiin. Logistista regressioanalyysia tehtäessä kuitenkin huomattiin, että asuinpaikan merkitys oli pieni ja sen olemassa olo selittävänä muuttujana sekoitti asiointi- kanavan merkitystä. Lopulta päädyttiin siis siihen, että myös asuinpaikka otettiin pois selittä- vistä muuttujista lopulliseen analyysiin. Taulukosta 16 näkyy tehdyn logistisen regressio- analyysin tulokset.



Taulukko 16 Logistinen regressioanalyysi

| Parameter Estimates          |                   |            |  |       |                 |    |      |
|------------------------------|-------------------|------------|--|-------|-----------------|----|------|
| Parameter                    | B                 | Std. Error | 95% Profile Likelihood Confidence Interval |       | Hypothesis Test |    |      |
|                              |                   |            | Lower                                      | Upper | Wald Chi-Square | df | Sig. |
| (Intercept)                  | ,840              | ,1160      | ,612                                       | 1,068 | 52,414          | 1  | ,000 |
| [Asiointikanava=ei mikään]   | -,132             | ,0617      | -,253                                      | -,011 | 4,562           | 1  | ,033 |
| [Asiointikanava=s.posti]     | -,051             | ,1500      | -,346                                      | ,243  | ,117            | 1  | ,732 |
| [Asiointikanava=kirjallinen] | -,134             | ,0481      | -,229                                      | -,040 | 7,813           | 1  | ,005 |
| [Asiointikanava=puhelin]     | 0 <sup>a</sup>    | .          | .  | .     | .               | .  | .    |
| [Asiointi_asiakkaan= Ei]     | -,465             | ,1006      | -,663                                      | -,268 | 21,400          | 1  | ,000 |
| [Asiointi_asiakkaan=Kyllä]   | 0 <sup>a</sup>    | .          | .  | .     | .               | .  | .    |
| [Ikä= yli 63v]               | -,043             | ,0829      | -,206                                      | ,120  | ,267            | 1  | ,606 |
| [Ikä=41-62v]                 | ,129              | ,0785      | -,025                                      | ,283  | 2,702           | 1  | ,100 |
| [Ikä=26-40v]                 | ,191              | ,0800      | ,034                                       | ,348  | 5,689           | 1  | ,017 |
| [Ikä=18-25v]                 | ,107              | ,0815      | -,053                                      | ,267  | 1,721           | 1  | ,190 |
| [Ikä=15-17v]                 | -,019             | ,0872      | -,190                                      | ,153  | ,046            | 1  | ,830 |
| [Ikä=0-14v]                  | 0 <sup>a</sup>    | .          | .  | .     | .               | .  | .    |
| [Vammaluokka=4]              | -,089             | ,2227      | -,526                                      | ,349  | ,159            | 1  | ,690 |
| [Vammaluokka=3]              | ,209              | ,0854      | ,041                                       | ,377  | 6,007           | 1  | ,014 |
| [Vammaluokka=2]              | ,232              | ,0476      | ,138                                       | ,325  | 23,683          | 1  | ,000 |
| [Vammaluokka=1]              | 0 <sup>a</sup>    | .          | .  | .     | .               | .  | .    |
| Ratkaisu                     | -,041             | ,0157      | -,071                                      | -,010 | 6,719           | 1  | ,010 |
| (Scale)                      | ,144 <sup>b</sup> | ,0103      | ,125                                       | ,166  |                 |    |      |

Dependent Variable: Kumppanillakäynti

Model: (Intercept), Asiointikanava, Asiointi\_asiakkaan, Ikä, Vammaluokka, Ratkaisu

a. Set to zero because this parameter is redundant.

b. Maximum likelihood estimate.

Logistisen regressioanalyysin tulokset tukevat aiempia päätelmiä. Asiointikanavan osalta voidaan päätellä, että mikäli asiointikanava on ollut puhelin, on ollut todennäköisintä, että asiakas on käynyt hoidossa kumppanilla. Todennäköisyys kumppanilla käyntiin laskee, mikäli asiakkaaseen on oltu yhteydessä kirjallisesti, sähköpostilla tai ei mitenkään. Kirjallisen ja ei mitenkään- vaihtoehdon välillä todennäköisyyksissä on hyvin pieni ero. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että sillä ei ole merkitystä, onko asiakkaaseen oltu ollenkaan yhteydessä, jos toisena vaihtoehtona olisi olla asiakkaaseen yhteydessä kirjallisesti.

Mittauksen perusteella voidaan myös sanoa, että asiakkaan aktiivisuudella on erittäin suuri merkitys siihen, että hakeutuuko hän hoitoon kumppanille vai ei. Todennäköisyys sille, että asiakas hakeutuu kumppanille hoitoon, laskee merkittävästi siihen verrattuna, että hän olisi ollut yhteydessä yhtiöön. Tulokset merkittävyys on tässä mittauksessa alle 5 % riskitason ( $p < 0,05$ ).

Iän vaikutusta mitattiin tässä analyysissä verrattuna ensimmäiseen luokkaan eli 0-14 vuotiaisiin. 0-14 vuotiaisiin verrattuna todennäköisyys sille, että yli 63 vuotias tai 14-17 vuotias hakeutuisi hoitoon kumppanille, laskee. 18-62 vuotiaiden osalta todennäköisyys nousee. Tämä tukee aiemmin tehtyjä analyyssejä sen osalta, että 18-62 vuotiaat hakutuvat hoitoon kumppanille muita todennäköisemmin.

Vammaluokan osalta logistinen regressioanalyysi tukee aiemmin tehtyjä päätelmiä siitä, että vammaluokan 2 ja 3 mukaiset vammat saaneet vahingoittuneet hakeutuvat muita todennäköisemmin hoitoon kumppanille. Luokan 4 vammat saaneet hakutuvat tämän analyysin perusteella epätodennäköisemmin kumppanille kuin luokan 1 vammat saaneet, mutta tässä ongelmaksi tulee vammaluokan 4 frekvenssin pienuus. Vammaluokan 4 osalta ei voida siis tehdä yhtä pitäviä päätelmiä, kuin muiden vammaluokkien osalta.

Ratkaisun tekemisen ajankohtaa pystyttiin tutkimaan tässä analyysissä järjestysasteikollisena muuttujana, vaikka arvot olikin kerätty luokittelemalla. Ristiintaulukoinnista huomattiin, että mitä isompi ratkaisun tekemisen ajankohdan luokka oli, sitä epätodennäköisempää oli, että vahingoittunut kävi hoidossa kumppanilla. Logistinen regressioanalyysi tukee tätä väitettä.

## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Teoreettisten lähtökohtien ja empiiristen tulosten vertailu

Tutkielman teoria koostui kahdesta eri osa-alueesta: liikenteen henkilökorvausten ja korvausprosessin kuvaamisesta sekä kuluttajakäyttäytymisestä ostopäätöksen tekoon keskittyen. Tämän kappaleen tarkoituksena on vertailla teoreettisia lähtökohtia ja tutkimuksessa kerätyn empirian tuloksia toisiinsa. Tämän jälkeen seuraavassa kappaleessa tehdään lopulliset johtopäätökset. Teoriaa lähestytään ensin korvausprosessin näkökulmasta, jonka jälkeen pohditaan kuluttajakäyttäytymisen näkökulmaa.

Tutkimuksen teoriassa esitettiin, että liikennevahingon sattuessa ratkaisua vahingon korvattavuudesta ei voida tehdä kaikissa tapauksissa heti. Syynä tähän oli se, että liikennevahinkojen korvattavuutta säädellään voimakkaasti lainsäädännöllä ja jotta vahinko olisi korvattava, tiettyjen lainsäädännöllisten edellytysten tulee täytyä. Edellytyksinä on, että vahinko on sattunut ajoneuvon liikenteeseen käytön johdosta. Tämän lisäksi on arvioitava sitä, että minkä auton liikennevakuutuksesta vahinko korvataan ja onko vahinko sattunut tuottamuksesta vai korvataanko se ankaran vastuun perusteella. Myös korvauksen alentamisen periaatteet ja ensisijaisen lakien voimassaolon selvittäminen vaikuttavat lopulliseen korvauspäätökseen. Empiirisesä tutkimuksessa todettiin, että mitä kauemmin ratkaisun tekeminen kestää, sitä epätodennäköisempää on, että asiakas hakeutuu hoitoon kumppanille. Jotta asiakkaita saataisiin enemmän hoitoon hoitolaitoskumppaneille, tulisi ratkaisu saada tehtyä nopeammin. Ratkaisun tekemisen hitaus ei kuitenkaan johdu ainoastaan lainsäädännöllisistä seikoista. Ratkaisu voi myös viivästyä sen takia, että vakuutusyhtiö ei saa tietää vahingosta riittävän aikasin. Joskus tieto vahingosta tulee useiden viikkojen tai kuukausien kuluttua vahingon sattumisesta ja tämä luonnollisesti viivästyttää ratkaisun tekemistä.

Vammojen vaikutusta hoitolaitoskäynteihin tutkittiin Liikennevahinkolautakunnan vammaluokituksen mukaan (Liikennevahinkolautakunta 2015). Vammaluokkien 2 ja 3 mukaiset vammat saaneet hakeutuivat kaikista todennäköisimmin hoitoon kumppanille kun taas vammaluokkien 1 ja 4 mukaiset vammat saaneet vahingoittuneet eivät hakeutuneet hoitoon kumppanille yhtä todennäköisesti. Tämä vastaa hyvin teoreettisiin lähtökohtiin, sillä vammaluokkien 2 ja 3 mukaiset vammat vaativat usein enemmän kuin yhtä lääkärikäyntiä ja usein

niihin liittyy myös maksusitoumuksia vaativia operaatioita. Tällöin asiakkaat saadaan ohjattua jatkohoitoon kumppaneille. Vammaluokan 1 mukaiset vammat ovat vähäisiä, eivätkä ne välttämättä vaadi useita lääkärikäyntejä. Vammaluokan 4 mukaiset vammat ovat taas yleensä niin vakavia, että kumppaneilla ei välttämättä ole resursseja hoitaa ko. vahinkoja. Vammaluokan 4 mukaiset vammat vaativat usein esimerkiksi tehohoitoa (Liikennevahinkolautakunta 2015).

Asiakkaan informaation etsiminen liittyy mm. Kotlerin ja Kellerin (2006, 91) esittämän ostopäätösprosessin toiseen vaiheeseen. Tutkimuksessa informaation etsimistä tutkittiin siten, että tutkittiin onko asiakas ollut yhteydessä vakuutusyhtiöön ennen ensimmäistä hoitolaitoskäyntiään. Aineiston perusteella ainoastaan 18 vahingoittunutta oli vakuutusyhtiöön yhteydessä ennen ensimmäistä lääkärikäyntiä ja näistä 17 hakeutui yhteydenoton jälkeen hoitoon kumppanille. Voidaan siis päätellä, että lopulliseen ostopäätökseen eli päätökseen mihin vahingoittunut hakeutui hoitoon, vaikutti merkittävästi se, että mistä asiakas oli etsinyt informaatiota. Mikäli asiakas etsi informaatiota vakuutusyhtiöstä, hän meni erittäin suurella todennäköisyydellä hoitoon vakuutusyhtiön kumppanille.

Kun asiakas on hakenut informaatiota vaihtoehtoista, seuraavana prosessin vaiheena on vaihtoehtojen arvioiminen (Kotler ja Keller 2006, 91). Kuluttaja arvioi vaihtoehtoja esimerkiksi sen perusteella, että missä tuote tai palvelu sijaitsee maantieteellisesti (Puusa ym. 2012, 148). Tätä pyrittiin testaamaan asuinpaikan perusteella. Asuinpaikkaa ei pystytty tutkimuksessa rajaamaan kovinkaan tarkasti, sillä havaintojen määrät olisivat jääneet liian pieniksi. Asuinpaikan vaikutusta tutkittiin NUTS- alueiden mukaan. NUTS- alueet jakaantuvat viiteen maantieteelliseen luokkaan (ks. liite 2). Lähtökohtana oli hypoteesi siitä, että esimerkiksi Kainuussa ja Lapissa vahingonkärsineet eivät hakeutuisi niin todennäköisesti kumppanille hoitoon, sillä välimatka lähimmälle kumppanille voi kasvaa todella pitkäksi. Tutkimuksissa kuitenkin todettiin, että sijainnilla ei ollut suurta merkitystä siihen, että hakeutuiko asiakas hoitoon kumppanille vai ei. Muuttujien välille löydettiin riippuvuutta, mutta se ei ollut kovin merkittävää.

Iän ja sukupuolen merkityksen tutkiminen perustui siihen, että teorian pohjalta voitiin sanoa, että demograafisilla tekijöillä, kuten iällä, sukupuolella, koulutuksella ja varallisuudella on vaikutusta kuluttajan ostopäätökseen (Puusa ym. 2012, 150). Tutkimuksien perusteella huomattiin, että sukupuolella ei ollut tässä tapauksessa vaikutusta siihen, että hakeutuiko asiakas

hoitoon kumppanille vai ei. Sen sijaan iällä oli vaikutusta. Kaikista todennäköisimmin hoitoon hakeutuivat 25-62 vuotiaat.

Edellä mainittujen muuttujien lisäksi tutkittiin sitä, että onko asiointikanavalla tai vahingoittuneen asemalla vaikutusta siihen, että hakeutuuko hän hoitoon kumppanille vai ei. Asiointikanava ei suoraan liity mihinkään teoreettiseen näkökulmaan, mutta voidaan kuitenkin uskoa, että sillä on vaikutusta asiakkaan informaation etsimiseen. Mikäli vakuutusyhtiöstä soitetaan asiakkaalle ja tarjotaan mahdollisuutta mennä hoitoon yksityiselle sektorille, asiakkaan ei välttämättä tarvitse hakea informaatiota yhtä paljon kuin ilman soittoa. Tutkimustuloksissa huomattiin, että puhelimen kautta vahingonkäräsieneen kanssa asioiminen edesauttoi kumppanille hoitoon hakeutumiseen.

Vahingoittuneen asemalla sen sijaan ei ollut merkitystä siihen, hakeutuuko asiakas hoitoon kumppanille vai ei. Vahingoittuneen aseman tutkiminen perustui siihen, että liikennevakuutuslain perusteella henkilövahinkoja korvataan myös syyttömille osapuolille, jotka eivät välttämättä ole kyseisen yhtiön alkuperäisiä asiakkaita. Tällä ei kuitenkaan tutkimusten perusteella ollut vaikutusta siihen, että hakeutuiko asiakas hoitoon kumppanille.

## 6.2 Johtopäätökset

Tutkimuksen tutkimuskysymyksenä oli selvittää, kuinka suuri osa yhtiön liikenteen henkilövahinkoasiakkaista käy hoidossa kumppanilla ja mitkä tekijät vaikuttavat kumppanille hoitoon hakeutumiseen yhtiön ja asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuskysymyksiin pyrittiin vastaamaan kerätyn aineiston ja tehtyjen analyysien perusteella.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, kuinka suuri osa yhtiön asiakkaista kävi hoidossa kumppanilla. Osa asiakkaista ohjataan kumppaneille yhtiön toimesta, jolloin hoitoonohjausten määrää seurataan. Osa asiakkaista hakeutuu kuitenkin kumppanille ilman, että siitä jää merkintää yhtiöön. Tutkimuskysymykseen pystyttiin vastaamaan analysoimalla kerättyä aineistoa. Aineiston perusteella yhtiön liikennevahinkoasiakkaista kyseisen kuukauden aikana kumppanilla kävi hoidossa 112 vahingoittunutta 387:stä. Prosentuaalisesti tämä tarkoittaa 28,9 prosenttia vahingonkäräsieneistä. Tästä nähdään, että yhtiöllä on paljon potentiaalia kasvattaa kumppanilla käyvien määrää. Tämän takia on perusteltua, että asiakkaiden käyttäytymiseen ja asiakkaiden ohjaamiseen kumppaneille kiinnitetään huomiota.

Toinen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, että mitkä vakuutusyhtiön prosessissa olevat tekijät vaikuttavat siihen, että hakeutuuko asiakas hoitoon kumppanille. Prosessia tutkittiin kahden muuttujan kautta: asiointikanavan ja ratkaisuntekoajan kautta. Tutkimuksessa todettiin, että kummallakin tekijällä on vaikutusta siihen, että hakeutuuko asiakas hoitoon kumppanille vai ei. Asiointikanavista puhelimen vaikutus hoitolaitoskäynnin toteutumiseen oli positiivisesti voimakas eli jos asiakkaaseen oltiin oltu yhteydessä puhelimitse, oli todennäköisintä, että hän kävi hoidossa kumppanilla. Tutkimuksessa todettiin myös, että sillä ei ollut merkitystä oltiinko asiakkaaseen yhteydessä ollenkaan vai asioitiinko hänen kanssaan kirjallisesti. Näiden tietojen myötä voidaan päätellä, että vahingonkärtsineisiin tulisi olla yhteydessä puhelimitse, mikäli tavoitteena on saada suurempi osuus vahingoittuneista käymään kumppanilla hoidossa. Yhtiön prosessia tutkittiin myös siitä näkökulmasta, että onko ratkaisunteon ajankohdalla merkitystä kumppanilla käymiseen. Tutkimuksessa huomattiin, että suhde kumppanilla käymisen ja ratkaisunteon ajankohdan välillä oli suora. Mitä aiemmin ratkaisu saatiin käsiteltävien kategorioiden välillä tehtyä, sitä todennäköisempää oli, että vahingoittunut kävi hoidossa kumppanilla. Kumppanilla käynnin näkökulmasta olisi tärkeätä, että ratkaisu vahingosta saataisiin tehtyä mahdollisimman pian.

Kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, että mitkä asiakkaan taustalla olevat tekijät vaikuttavat kumppanilla käyntiin. Vahingoittuneen taustalla olevia tekijöitä tutkittiin kuuden tekijän kautta. Tutkimuksessa tutkittiin asiakkaan aktiivisuuden, asuinpaikan, sukupuolen, iän, aseman ja vammaluokan vaikutusta. Tutkimuksessa todettiin, että sukupuolella ja asemalla ei ollut vaikutusta siihen, että kävikö asiakas kumppanilla. Sen sijaan asiakkaan aktiivisuudella, iällä ja vammaluokalla oli merkittävä vaikutus. Myös asuinpaikalla oli vaikutusta. Tulevaisuudessa yhtiön tulisi keskittyä sekä nuorempien että vanhempien henkilöiden ohjaamiseen kumppaneille. Työikäiset vahingonkärtsineet sen sijaan kävivät jo todennäköisemmin kumppanilla. Kuitenkin myös heidän osalta kumppaneilla käyvien määrää pysyy kasvattamaan. Myös asiakkaita tulisi saada aktivoitua olemaan nopeammin yhteydessä henkilövahingoistaan yhtiöön. Jos suurempiosa asiakkaista ottaisi heti yhteyttä yhtiöön vahingon jälkeen, asiakkaita saataisiin ohjattua kumppanille enemmän.

### 6.3 Lopuksi

Tutkimuksen tuloksissa nousi voimakkaasti esiin se, että yhtiön tulisi pystyä tekemään nopeammin ratkaisu vahingon korvattavuudesta, jotta asiakkaita saataisiin käymään enemmän hoidossa kumppaneilla. Yhtenä ongelmana on, että tieto henkilövahingosta ei tavoita yhtiötä riittävän nopeasti. Yksi ratkaisu tulevaisuudessa tähän ongelmaan voisi olla telematiikan ja älykkään liikenteen kehittäminen. Telematiikalla voidaan mahdollistaa järjestelmät, jotka ilmoittavat sattuneesta vahingosta suoraan vakuutusyhtiöön. Tästä vahingosta voisi tulla myös tieto henkilökorvaustenpuolelle ja henkilökorvauskäsittelijä voisi huolehtia asiakkaan mahdollisimman hyvään hoitoon kumppanille. Euroopassa on kehitteillä sovellus, joka ilmoittaisi sattuneista liikennevahingoista suoraan hälytyskeskukseen ja tarkoituksena oli, että tämä sovellus tehtäisiin lainsäädännön myötä pakolliseksi autoihin. Hanketta on kuitenkin jouduttu lykäämään. (Euroopan Komissio 2015) On kuitenkin erittäin todennäköistä, että kyseiset vahingoista hälyttävät sovellukset tulevat yleistymään tulevaisuudessa, joten vakuutusyhtiöillä on mahdollisuus olla mukana tässä kehityksessä. Myöskään digitalisaation vaikutusta ja sen luomien mahdollisuuksien hyödyntäminen asiakkaiden tavoittamiseksi ja informoimiseksi ei kannata jättää hyödyntämättä.

Toisena kehitysvaihtoehtona on asiakkaiden aktiivisempi informoiminen ennen henkilövahingon sattumista. Tällöin vakuutusyhtiö pääsisi vaikuttamaan asiakkaan sisäiseen muistiin ja asiakkaalle jäisi muistijälkiä vakuutusyhtiön roolista tulevaisuuden varalle. Informointia voitaisiin tehdä esimerkiksi mainonnan kautta tai liikennevakuutuksen haltijoille voitaisiin lähettää informaatiota vahinkotilanteesta toimimisesta esimerkiksi laskun ohessa. On myös tärkeää, että kumppaneita koskeva informaatio on helposti saatavilla asiakkaiden näkökulmasta. Hakukoneoptimoinnin ja informatiivisten internet- sivujen avulla tietoa saadaan tehokkaasti vahingonkärsineiden tietoon. Myös mobiilisovellukset ja mobiilisovelluksissa olevien toimintaohjeiden määrä on lisääntynyt vakuutuslalla. Tärkeätä siis olisi, että asiakas saisi tiedon parhaasta hoitopaikasta riippumatta siitä, mitä kanavaa hän käyttää asioimiseen.

Hoitoon hakeutumista olisi hyvä tutkia myös asiakkaiden mielipiteiden kautta ja tämä olisikin hyvä jatkotutkimusaihe kumppanille ohjaamiseen liittyen. Tämä tutkimus ei vastannut lainkaan siihen kysymykseen, että miten asiakkaat kokivat hoitoon ohjauksen ja miten he valitsivat hoitolaitoksen. Olisikin mielenkiintoista tutkia hoitoon hakeutumista esimerkiksi asiakas-

kyselyn kautta. Tällöin voitaisiin saada yhtiöille arvokasta tietoa asiakkaiden käyttäytymisestä. Mielenkiintoista olisi myös tutkia tarkemmin kumppanihoidon ja julkisen sairaanhoidon tehokkuutta ja sitä, että kuinka suuri vaikutus hoitopaikalla on esimerkiksi työkyvyttömyysaikoihin.



## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELOT

|   |    |
|---|----|
| Kuvio 1 Tutkielman viitekehys .....   | 8  |
| Kuvio 2 Ostopäätösprosessi (mukailtu Kotler & Keller 2006, 191) .....                     | 23 |
| Kuvio 3 Markkinoinnin muutos (Salmenkivi & Nyman 2007, 61) .....                          | 26 |
| Kuvio 4 Ongelman syntyminen (Mukailtu Solomon ym. 2006, 264) .....                        | 28 |
| Kuvio 5 Vaiheet ostoaikomuksen ja ostopäätöksen välillä (Kotler & Keller 2006, 197) ..... | 32 |
| Kuvio 6 Lääkärikäyntien jakauma, n= 387 .....   | 52 |
| Kuvio 7 Asiointikanavan jakautuminen, n= 387 .....  | 53 |
| Kuvio 8 Ratkaisun tekemisen ajankohta, n = 387 .....                                      | 55 |
| Kuvio 9 Asuinpaikka maakunnittain, n = 378 .....  | 57 |
| Kuvio 10 Ikäjakauma, n = 378 .....  | 58 |
| Kuvio 11 Vahingoittuneen asema, n = 387 .....   | 59 |
| Kuvio 12 Vammaluokat, n = 397 .....   | 60 |
| <br>  |    |
| Taulukko 1 Ristiintaulukointi, asiointikanavan vaikutus .....                             | 61 |
| Taulukko 2 Khiin neliö- testi, asiointikanavan vaikutus .....                             | 62 |
| Taulukko 3 Ristiintaulukointi, ratkaisun tekemisen vaikutus .....                         | 63 |
| Taulukko 4 Khiin neliö- testi, ratkaisun tekemisen ajankohdan vaikutus .....              | 63 |
| Taulukko 5 Ristiintaulukointi, asiakkaan aktiivisuuden merkitys .....                     | 64 |
| Taulukko 6 Khiin neliö- testi, asiakkaan aktiivisuuden merkitys .....                     | 65 |
| Taulukko 7 Ristiintaulukointi, asuinpaikan merkitys .....                                 | 66 |
| Taulukko 8 Khiin neliö- testi, asuinpaikan merkitys .....                                 | 67 |
| Taulukko 9 Ristiintaulukointi, sukupuolen merkitys .....                                  | 68 |
| Taulukko 10 Ristiintaulukointi, iän merkitys .....  | 68 |
| Taulukko 11 Khiin neliö- testi, iän vaikutus .....  | 69 |
| Taulukko 12 Ristiintaulukointi, vahingoittuneen aseman vaikutus .....                     | 70 |
| Taulukko 13 Khiin neliö- testi, vahingoittuneen aseman vaikutus .....                     | 70 |
| Taulukko 14 Ristiintaulukointi, vammaluokan vaikutus .....                                | 71 |
| Taulukko 15 Khiin neliö- testi, vammojen vaikutus .....                                   | 71 |
| Taulukko 16 Logistinen regressioanalyysi .....  | 73 |

## LÄHDELUETTELO

### Kirjallisuus:

Bettman James, Luce Mary Frances ja Payne John 1998. Constructive Consumer Choice Process. *Journal of Consumer Research* 25 (3). 187-217. *Consumer Behavior I: Research and Influences*, Volume 2, *Consumer Decision-making*. Ed. Hogg Margaret. London: SAGE Publications.

Dubois Bernard 2000. *Understanding the Consumer, a European Perspective*. Essex. Pearson Education Limited.

Eskuri Seppo, Mikkonen Matti 2009. *Liikennevakuutus*. Helsinki: Yliopistopaino. 31.

Heitmann Mark, Lehman Donald, Herrmann Andreas 2007. Choice Goal Attainment and Decision and Consumption Satisfaction. *American Marketing Association. Journal of Marketing Research*. Vol. XI.IV ( May 2007). 234-250.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko, Sajavaara Paula 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 126-131.

Holopainen Matti, Pulkkinen Pekka 2015. *Tilastolliset menetelmät*. 10. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Isen Alice 2008. An Influence of Positive Affect on Decision Making in Complex Situations: Theoretical Issues With Practical Implications. *Journal of consumer psychology*, 11(2), 75-85.

John Deborah, Cole Catherine 1986. Age Differences in Information Processing: Understanding Deficits in Young and Elderly Consumers. *Journal of Consumer Research*, Vol. 13, No. 3. 297-315.

Ketokivi Mikko 2015. *Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi*. Tallinna: Gaudeamus Oy. 131-172.

Kirves Kaisa 2013. *Määrälliseen aineistoon perustuvien tutkielmien menetelmäopas*. Tampereen Yliopisto. Saatavilla:  
<http://www.uta.fi/yky/psy/kaytannot/index/Menetelmaopas%202013-1.pdf>

Kotler Philip, Keller Kevin Lane 2006. *Marketing Management*. 12nd Edition. New Jersey: Pearson Education Limited.

Laaksonen Pirjo 2005. Asiakkuuden hallinnasta kuluttajan ymmärtämiseen. *Kuluttajatutkimus*. Nyt 1/2005. 1-8.

Liikennevahinkolautakunta 2015. *Liikennevahinkolautakunnan normeja ja ohjeita 2015*. 27-31.

Liikennevakuutuslaki (LVL). (26.6.1959/279)

Metsämuuronen Jari 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. 2. uudistettu painos. Sri Lanka: International Methelp Ky ja Jari Metsämuuronen. 28-33.

Metsämuuronen Jari. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky

Rantala Jukka, Pentikäinen Teivo 2009. Vakuutusoppi. 11. uudistettu painos. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy. 209.

Peter Paul, Olson Jerry 1996. Consumer Behaviour and Marketing Strategy. 4. painos. Irwin.

Puusa Anu, Reijonen Helen, Juuti Pauli, Laukkanen Tommi 2012. Akatemiasta markkinapaikalle – Johtaminen ja markkinointi aikansa kuvina. Helsinki: Talentum. 145-153.

Puustinen Pekka, Saarijärvi Hannu ja Maas Peter. 2014. What is being exchanged? Framing the logic of value creation in financial services. Journal of Financial Marketing. Vol. 19. 43-51.

Tapaturma-asiain korvauslautakunta 2004. Maksu- ja menettelytapamuutokset sairaanhoidon korvauksissa 1.1.20015 alkaen (TÄKY). Kiertokirje 8/2004.

Salmenkivi Sami, Nyman Niko 2007. Yhteisöllinen media ja muuttuva markkinointi 2.0. Helsinki: Talentum. 59-63, 177-178.

Sheth Jagdish N. 1981. An Integrative Theory of Patroange Preference and Behavior. University of Illinois.

Solomon Michael, Bamossy Gary, Askegaard Soren ja Hogg Margaret 2006. Consumer Behaviour – A European Perspective. Third Edition. Essex: Pearson Education Limited.

Vehviläinen Henri 2015. Vakuutusyhtiöomisteisen yksityissairaalan hyödyt kilpailullisena tekijänä – Case OP-Pohjola. Pro gradu- tutkimus. Tampereen Yliopisto.

## **Internet- lähteet:**

Euroopan Komissio 2015. eCall: Time saved = lives saved. Saatavilla: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/ecall-time-saved-lives-saved>, käyty 27.11.2015

Helsingin Sanomat, Vakuutusyhtiöt valitsevat hoitopaikan potilaan puolesta, 13.2.2014. Saatavilla: <http://www.hs.fi/talous/a1392195703953?jako=80f3da8c4574af1918d08c7879aa2f38>, käyty 16.3.2015

Liikennevahinkolautakunta 2015. Tilapäinen haitta. Saatavilla: <http://www.liikennevahinkolautakunta.fi/Document.aspx?id=1135>, käyty 11.11.2015

Omasairaala 22.1.2014. Omasairaala vihittiin käyttöön. Saatavilla: <http://www.omasairaala.fi/fi/media/4258#4258>, käyty 11.11.2015

Tilastokeskus 2015 a. Maakunnat 2015. Saatavilla:

<http://www.stat.fi/meta/luokitukset/maakunta/001-2015/index.html>. Käyty 22.11.2015.

Tilastokeskus 2015 b. NUTS- alueet Suomessa. Saatavilla:

[http://tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/nuts/002-2015/koko\\_luokitus.html](http://tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/nuts/002-2015/koko_luokitus.html). Käyty 23.11.2015.

**LIITE 1: Aineistoon kerätyt muuttujat**

|  |  |
|--|--|
| Onko käynyt lääkärissä<br>kumppanilla<br>muualla yksityisessä hoitolaitoksessa<br>julkisella sektori-<br>rilla | 0 = ei<br>1 = kyllä  |
| Miten vakuutusyhtiö on asioinut asiakkaan kanssa   | 1= puhelimitse<br>2 = kirjallisesti<br>3= sähköpostilla<br>4= ei mitenkään   |
| Milloin ratkaisu tehtiin   | 1= vahinkopäivänä<br>2= 1-2<br>vrk<br>3= 3-7<br>vrk<br>4= 8-14 vrk<br>5 = 15-30 vrk<br>6 = yli 30 vrk  |
| Onko vahingonkärsinyt ollut yhteydessä<br>vakuutusyhtiöön ennen 1. lääkärikäyntiä                              | 1= kyllä<br>2= ei  |
| Asuinpaikka  | 1= Uusimaa<br>2= Varsinais-Suomi<br>3= Satakunta<br>4= Kanta-Häme<br>5= Pirkanmaa<br>6= Päijät-Häme<br>7= Kymenlaakso<br>8= Etelä-Karjala<br>9= Etelä-Savo<br>10= Pohjois-Savo<br>11= Pohjois-Karjala<br>12= Keski-Suomi<br>13= Etelä-Pohjanmaa<br>14= Pohjanmaa<br>15= Keski-Pohjanmaa<br>16 = Pohjois-Pohjanmaa<br>17 = Kainuu<br>18 = Lappi<br>19 = Ahvenanmaa<br>20 = Ulkomaat |
| Sukupuoli  | 1= nainen<br>2= mies   |

|             |   |
|-------------|---|
| ikä         | 1= 0-14v<br>2= 15-17v<br>3= 18-25v<br>4= 26-40v<br>5= 41-62v<br>6= 63v tai vanhempi   |
| asema       | 1= oman ajoneuvon kuljettaja<br>2= oman ajoneuvon matkustaja<br>3= vastapuolen ajoneuvon kuljettaja<br>4= vastapuolen ajoneuvon matkustaja<br>5= ulkopuolinen |
| vammaluokka | vammaluokittain   |

**LIITE 2 NUTS- aluejako****MANNER-SUOMI****Länsi-Suomi**

Keski-Suomi  
 Etelä-Pohjanmaa  
 Pohjanmaa  
 Satakunta  
 Pirkanmaa

**Helsinki-Uusimaa**

Helsinki-Uusimaa

**Etelä-Suomi**

Varsinais-Suomi  
 Kanta-Häme  
 Päijät-Häme  
 Kymenlaakso  
 Etelä-Karjala

**Pohjois- ja Itä-Suomi**

Etelä-Savo  
 Pohjois-Savo  
 Pohjois-Karjala  
 Kainuu  
 Keski-Pohjanmaa  
 Pohjois-Pohjanmaa  
 Lappi

**ÅLAND**

**Åland**  
 Åland

Lähde: [http://tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/nuts/002-2015/koko\\_luokitus.html](http://tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/nuts/002-2015/koko_luokitus.html)